FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1920-1921 2e SÉRIE N° 151

DES CLOISONNEMENTS TRANSVERSAUX DU VAGIN

D'ORIGINE CONGÉNITALE PAR BRIDES, CLOISONS COMPLÈTES ET INCOMPLÈTES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 16 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GUILLEMIN (André-Henri-François-Victor)

Chef de Clinique Chirurgicale délégué à la Faculté de Médecine
Prosecteur d'Anatomie. — Ancien Aide d'Anatomie
Interne des Hôpitaux
Ancien assistant de Physiologie
Lauréat de la Faculté
Prix de Physiologie 1912. (Mention très honorable)
Prix de Chirurgie et d'Accouchement 1914

Né le 14 Juillet 1891 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VAUTRIN, professeur . . *Président*
LUCIEN, professeur. .
MICHEL, agrégé . . . . *Juges*
BINET, agrégé . . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

GÉRARDMER
GASTON REMY, IMPRIMEUR
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1920-1921 — 2e SÉRIE — N° 151

DES CLOISONNEMENTS TRANSVERSAUX DU VAGIN

D'ORIGINE CONGÉNITALE PAR BRIDES, CLOISONS COMPLÈTES ET INCOMPLÈTES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 16 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GUILLEMIN (André-Henri-François-Victor)

Chef de Clinique Chirurgicale délégué à la Faculté de Médecine
Prosecteur d'Anatomie. — Ancien Aide d'Anatomie
Interne des Hôpitaux
Ancien assistant de Physiologie
Lauréat de la Faculté
Prix de Physiologie 1912. (Mention très honorable)
Prix de Chirurgie et d'Accouchement 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Né le 14 Juillet 1891 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VAUTRIN, professeur . . *Président*
LUCIEN, professeur. . } *Juges*
MICHEL, agrégé . . . . } *Juges*
BINET, agrégé . . . . } *Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

GÉRARDMER
GASTON REMY, IMPRIMEUR
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, O ✻, I ⓘ.

Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⓘ.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✻, I ⓘ ; NICOLAS. ✻, I ⓘ ; PRENANT, ✻, I ⓘ ; F. GROSS, O ✻, I ⓘ ; CHRÉTIEN, I ⓘ ; HERRGOTT, ✻, I ⓘ.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, ✻, I ⓘ.
Physiologie	E. MEYER, O ✻, I ⓘ.
Clinique médicale	SIMON, ✻, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	N...
Médecine légale	P. PARISOT, O ✻, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ⓘ.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ⓘ.
Clinique médicale	ETIENNE, ✻, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ⓘ.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	SPILLMANN, ✻, I ⓘ.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FRŒLICH, ✻, I ⓘ.
Physique médicale	LAMBERT, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ⓘ.
Histologie	GOLLIN, ✻, I ⓘ.
Anatomie descriptive	LUCIEN, ✻, I ⓘ.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES. ✻, I ⓘ.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ⓘ.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Médecine opératoire	MICHEL, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⓘ.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Pathologie interne	RICHON, ✻, I ⓘ, agrégé libre.
Accouchements (Cours théorique)	S. REMY, A ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, I ⓘ, agrégé.
Thérapeutique	PERRIN, I ⓘ, agrégé,
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, I ⓘ, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, ✻, I ⓘ, agrégé,
Pathologie externe	BINET, I ⓘ, agrégé,
Clinique médicale élémentaire (1)	CAUSSADE, A ⓘ, agrégé
Clinique d'électrothérapie	N...

Agrégés en exercice

M. ROBERT, I ⓘ.
M. BINET, I ⓘ.
M. PERRIN, I ⓘ,
M. THIRY, ✻, I ⓘ,
M. J. PARISOT, ✻, I ⓘ.
M. FAIRISE, A ⓘ.
M. CAUSSADE, A ⓘ.
M. BARTHÉLEMY ✻, A ⓘ.
M. JOB, ✻, A ⓘ.
M. JEANDELIZE, A ⓘ.
M. P. MATHIEU, A ⓘ.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✻, I ⓘ ; FÉVRIER, G O ✻, I ⓘ ; G. MICHEL, ✻, I ⓘ ; RICHON, ✻, I ⓘ ; S. REMY, A ⓘ ; BUSQUET, I ⓘ.

M. H. COIFFARD, I ⓘ, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻ ⓡⓕ, I ⓘ, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver,

A la Mémoire de mon Grand-Père

LE DOCTEUR VINCENT-VICTOR GUILLEMIN

A la Mémoire Vénérée de mon Père

LE DOCTEUR PAUL GUILLEMIN

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien chef de clinique chirurgicale
Ancien chef des travaux de physiologie
Lauréat de la Faculté de Médecine
(Prix Bénit - Prix de Thèse)

A mon Oncle

LE DOCTEUR EDMOND GUILLEMIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg
Lauréat de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Ancien directeur du Service de Santé du XX^{e} corps d'armée
Commandeur de la Légion d'Honneur

A TOUS LES MIENS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUTRIN

Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

J'ai été votre élève ; je désire devenir votre disciple.

Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail, hommage de ma respectueuse affection et de ma profonde gratitude pour vos conseils éclairés et votre bonté paternelle.

Je vous exprime aussi la reconnaissance des miens pour la sympathie que vous leur avez témoignée à l'heure de la douloureuse épreuve.

A mes Juges :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN

Professeur d'anatomie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Maître à l'accueil si cordial, d'une affabilité délicate. Avec mes plus sincères remerciements pour son enseignement et sa direction dans les travaux du laboratoire, je n'oublierai jamais qu'il a bien voulu m'accepter comme collaborateur et me considérer comme un ami.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET LES LABORATOIRES

AVANT-PROPOS

Depuis quelque dix ans que nous sommes entrés, jeune étudiant, à la Faculté, l'étude des différentes branches de la Médecine nous a littéralement passionnée et nous avons pris plaisir à travailler chacune d'elles aidés des bienveillants conseils de Maîtres dont la sollicitude et l'affabilité nous ont été précieuses.

Guidés et poussés par eux, nous avons abordé les coucours : prix d'Anatomie, de Physiologie, de Chirurgie et d'Accouchement, puis l'Externat et l'Internat et enfin l'Adjuvat et le Prosectorat.

Mais alors que nous étions sur le point de quitter la Faculté, la guerre est survenue apportant une longue et pénible interruption à nos études. Mobilisé avec nos camarades lorrains avant même la déclaration de guerre, les vicissitudes de la campagne ne nous ont pas permis de poursuivre nos études. Trois ans et demi passés dans l'infanterie, un mois dans l'artillerie, quatre mois dans les ambulances ou les hopitaux, dix mois dans une équipe chirurgicale, avec les déplacements continuels, les séjours en ligne et les occupations exclusivement militaires, ne constituent pas un milieu favorable pour se plonger dans ses livres.

Ayant vécu au front toute l'héroïque épopée, sans aucune affectation à l'intérieur, nous nous sommes

trouvés passablement désemparés quand au bout de six ans nous sommes revenus à la Faculté. Mais là, la bienveillance de nos Maîtres était restée la même que six ans auparavant et nous a facilité la reprise de nos études.

L'expression de notre profonde reconnaissance va d'abord à Monsieur le Professeur Gross, qui après avoir été pour notre père, son chef de clinique de 1883 à 1886, un Maître aux conseils empreints du sens clinique le plus fin et le plus sûr, nous a continué, 25 ans plus tard, alors que nous étions son externe, les mêmes avis et la même bienveillance paternelle.

Que Monsieur le Professeur Simon soit aussi assuré de toute notre gratitude. Pendant un an passé dans son service comme externe bénévole nous y avons appronfondi la séméiologie médicale et de la discussion serrée du diagnostic et du traitement qu'il enseignait si clairement au lit du malade, nous avons tiré le plus grand profit.

Messieurs les Professeurs Parisot et Etienne nous ont initiés à l'étude si délicate de la médecine des vieillards. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement plein de science, d'observation et de bonté qu'ils nous ont donné.

Nous gardons aussi un souvenir reconnaissant à : Monsieur le Professeur Frœlich. Nous nous souviendrons pendant toute notre carrière de son enseignement clair, de ses leçons pratiques et de la bienveillance si paternelle qu'il nous a témoignés pendant notre externat et notre internat dans sa clinique d'orthopédie et de chirurgie infantile.

Monsieur le Professeur Haushalter, dont les savantes leçons et la grande bonté à l'égard des tout petits resteront toujours présentes à notre esprit.

Monsieur le Professeur L. Spillmann, qui avec une cordiale affabilité sait inculquer à ses élèves ses connaissances dermatologiques et syphiligraphiques d'une façon à la fois agréable et captivante.

Notre pensée et nos remerciements vont aussi à Messieurs les Professeurs agrégés Remy, G. Gross, Michel, Richon et Perrin pour les précieuses marques d'affectueux intérêts qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant tout le cours de nos études ; à Monsieur le Professeur Fruhinsholz qui non seulement a mis à notre disposition les très intéressantes observations de la Maternité, mais a encore eu l'amabilité de nous communiquer des cas de sa pratique personnelle.

Nous adressons aussi à Monsieur le Professeur agrégé Jacques nos meilleurs remerciements pour les témoignages de sympathie qu'il nous a donné pendant le temps trés court ou nous avons été sous ses ordres aux Armées.

Nous gardons toujours un souvenir ému des leçons cliniques de Messieurs les Professeurs P. Spillmann et Schmitt dont nous avons profité quand nous étions stagiaire dans leurs services. Nous vénérons leur mémoire avec un profond respect, ainsi que celle de Monsieur le Professeur Rohmer, qui a toujours été si affable avec nous.

Les leçons de tous ces excellents cliniciens seront toujours présentes à notre mémoire, aussi bien dans l'application de nos connaissances médicales que dans

l'exercice de la Médecine, qui nécessite plus que de la science, mais du dévouement, de la bonté, de la patience et de la probité. Avec l'exemple de tels Maîtres nous ne faillirons pas à notre tâche.

Qu'il nous soit permis d'adresser notre excellent souvenir à nos anciens de la Faculté de Nancy : les Docteurs Delfourd, Heully, Philippe, Mutel, Legris, Hamant, A. Remy, Caussade Grandineau, Simon, Ducret, Masson et à ceux que les hasards de la guerre nous ont fait connaître et estimer : les Docteurs Poulhès, Fourcade, Sarrat, Tizon, Vinon.

Notre vive sympathie à nos bons camarades les Docteurs J. Remy, Simonin, Etienne, Brenas, Nicolas, Duvernoy, Verain, Millot. J. Benoît et Hoche.

Nous n'oublierons jamais non plus nos camarades de notre vieille salle de garde ou régnait la plus franche cordialité, ni ceux du laboratoire d'anatomie : en leur aimable compagnie, les heures nous ont été courtes.

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons passé dans le service de clinique chirurgicale où notre Maître le Professeur Vautrin a bien voulu nous accueillir comme interne, il nous a été donné d'observer à quelques semaines d'intervalle, deux malformations congénitales du vagin chez des jeunes filles de 18 à 20 ans. La première était constituée par une absence de vagin avec deux hémi-utérus rudimentaires appliqués contre les parois latérales de l'excavation pelvienne. La deuxième relevait d'un cloisonnement transversal complet du conduit vaginal, avec volumineux hématocolpos.

Sur la première de ces anomalies, des travaux très complets ont été faits, alors que nos recherches nous ont montré que l'autre était très rare et qu'elle avait été peu étudiée, les derniers mémoires importants sur ce sujet remontant à 40 ans et davantage. Or depuis ce temps, les découvertes embryologiques nous ont fourni des données inconnues à cette époque qui éclairent d'un jour nouveau la pathogénie de cette affection.

Nous nous sommes donc attachés à l'étude de cette malformation, et nous y avons joint celle des cloisonnements incomplets et des brides congénitales

du vagin, réunissant ainsi trois stades différents de la même anomalie.

Nous avons dés le début rejeté du cadre de ce travail d'abord les cloisons longitudinales du conduit vaginal. qui ne reconnaissent pas une origine semblable, puis les cloisons charnues s'étendant sur une plus ou moins grande longueur de cet organe et les absences partielles du vagin. Nous avons également éliminé les septums acquis dus à un traumatisme ou à une inflammation pour ne nous occuper que des cas congénitaux.

Nos investigations et nos recherches nous ont été rendues pénibles à la suite de l'incendie de la bibliothèque universitaire au cours d'un bombardement, incendie qui a détruit un grand nombre de volumes. Nous avons donc du avoir recours à la bibliothèque de Strasbourg, mais la difficulté de se procurer ses livres a été considérable. De plus il nous a fallu traduire un grand nombre d'ouvrages étrangers.

Néanmoins nous croyons avoir rassemblé la plupart des cas actuellement connus.

Après avoir précisé en quelques mots le sujet de ce travail, défini les termes que nous employons et exposé l'historique de la question, nous étudierons le développement des voies génitales et nous y puiserons les éléments des théories pathogéniques. Dans un V^e^ chapitre nous envisagerons les caractères anatomiques et l'anatomie pathologique. Ensuite nous décrirons les symptômes, nous poserons et discuterons le diagnostic et le pronostic. Nous nous étendrons un peu plus sur les complications en les considérant en dehors de la gestation, pendant la grossesse et au

moment de l'accouchement. Au chapitre X nous verrons le traitement et poserons ses indications. Enfin dans un XI[e] et dernier chapitre, nous étudierons le pronostic post-opératoire.

Nous n'avons pas eu la prétention d'écrire quelque chose d'absolument nouveau, mais nous avons voulu rassembler en une seule étude des faits épars et en général peu appronfondis.

DÉFINITION

Dès les premières recherches auxquelles nous nous sommes livrés pour entreprendre ce travail, nous avons constaté que les auteurs, sous des termes semblables rangent des malformations différentes.

Il n'est donc pas inutile de préciser dès le début la valeur des mots. *L'atrésie* (de α privatif, τρησις trou) est l'absence de trou, c'est l'occlusion des cavités naturelles que cette occlusion soit congénitale ou accidentelle (1). Le mot *imperforation* indique une origine congénitale ; *l'oblitération* désigne une atrésie acquise. La *sténose* est le rétrécissement des ouvertures naturelles.

Aucun de ces substantifs ne nous a paru applicable au sujet que nous voulons traiter. Celui d'imperforation serait le plus propre, mais l'imperforation du vagin pouvant être constituée par un hymen ne présentant pas d'orifice, il pourrait y avoir amphibologie. Aussi l'expression de cloisonnement nous a semblé mieux repondre à notre pensée.

Mais là encore nous avons du faire une distinction. En effet, un véritable ouvrage serait nécessaire à l'étude de tous les cas, car on observe deux variétés

(1) Dictionnaire de Littré et Robin.

de cloisonnement, l'un longitudinal, formant pour ainsi dire deux vagins, variété dont nous ne nous occuperons pas ; l'autre séparant le vagin en une partie inférieure et une partie supérieure, c'est le cloisonnement transversal, le seul dont il sera question dans les pages qui suivent. Et d'abord, puisque l'observation qui nous a incité à aborder cette question nous a fourni un exemple de septum congénital, nous nous sommes décidés à n'étudier que des cas semblables, c'est-à-dire congénitaux, laissant de côté, de parti pris, toutes les cloisons accidentelles ou acquises, quelle qu'en soit leur origine. De plus, cette malformation étant limitée au vagin, nous n'avons pas voulu envisager celles qui siègent en un autre point du canal génital, vulve, hymen ou utérus.

Nous écarterons ainsi la classification de Cruveilhier (1) en :

1°. — Oblitération du vagin dans toute son étendue et sa transformation en un cordon fibreux (Atrésie) ;

2°. — Absence d'une partie du vagin qui se termine en cul-de-sac, car elle ne prévoit pas le cas où, derrière ce cul-de-sac, existe une nouvelle portion du vagin à l'état normal.

Puech (2) et Scanzoni (3) considèrent : les cloisons congénitales minces (imperforations membraneuses), moyennes (d'une épaisseur de 1 à 4 cms) et considérables (ayant plus de 4 cms)

Cette classification est un peu artificielle, parce qu'elle donne des limites précises à des lésions qui nous

(1) Cruveilhier, Anatomie pathologique, T. 1, p. 295.
(2) Puech. Atrésie des voies génitales de la femme.
(3) Scanzoni, Traité des maladies des organes sexuels de la femme, p. 415.

semblent ne point pouvoir en admettre, et nous croyons avec Delaunay, « qu'il est impossible de fixer un point exact, en deçà duquel l'obstacle serait membraneux, et au delà duquel il ne le serait plus ».

Car, toujours guidé par notre observation initiale, nous ne voulions étudier que les cloisons membraneuses. Là encore il nous restait un point à trancher. Fallait-il nous en tenir aux septums complets ? Fallait-il étudier en même temps les cloisons incomplètes et jusqu'aux simbles brides dont quelquefois ne se doutent pas les femmes qui en sont porteuses, ni même leur mari dans les rapports sexuels ?

Outre qu'une cloison complète peut devenir incomplète, et inversement, sous l'influence de la rupture due à la pression du sang menstruel dans le premier cas, par oblitération de l'orifice par un bouchon muqueux ou des débris épithéliaux dans le deuxième cas (1), les symptômes que provoquent l'une et l'autre, les troubles menstruels qui en découlent le plus souvent, les complications qui peuvent en résulter et le traitement qu'elles réclament nous ont poussés à les réunir dans ce travail, estimant que cela non seulement ne nuirait pas à son hymogénéité, mais rassemblerait dans une seule étude trois stades différents et diversement accentués d'une même malformation. Et nous verrons d'ailleurs que leur constitution est semblable ce qui nous offre une raison de plus de les rapprocher sous un seul titre.

(1) Roth. Observation. — Lepage. Observation.

HISTORIQUE

Les accidents dus à l'imperforation des organes génitaux de la femme sont signalés depuis fort longtemps, et il n'est pas sans intérêt, avant d'entrer dans leurs détails et d'aborder la description de la malformation que nous nous proposons d'étudier, de jeter un coup d'œil en arrière et de signaler les auteurs qui s'en sont occupés au point de vue clinique, ou ceux qui, à la lumière des découvertes embryologiques, ont essayé d'en élucider la pathogénie.

Hippocrate (1) emploie l'expression de « matrice bouchée » et cite le cas de Phrontis, qui ressentant « de la douleur dans les parties, et, touchant, reconnut qu'il y avait obturation » ; ce qui porte à croire, étant donné l'accouchement qui venait de se faire, qu'il s'agissait d'atrésie accidentelle. Il conseille dans les rétrécissements du vagin « d'appliquer un pessaire fait de grains d'anis et d'ache triturée »

Aristote, déjà plus précis, distingue leur origine accidentelle ou congénitale, la possibilité et l'impossibilité de la cure : « Sunt foeminae nonnullae quibus a principio sui ortus, orae modo quodam coaluere, alias propter cujuspiam morbi vini ita evenit. Qui nonnullis

(1) Hippocrate. Œuvres complètes. Traduc. Littré. Paris 1861. T. VIII. p. 97-410-325

sane medicabilis est, in aliis non item(1) ». Et ailleurs(2) : « Foeminis nonnullis os uteri compressum concorporatumque ab ineunte ætate ad tempus usque menstruorum perseveravit ; enox urgentibus menstruis, doloreque infestante, alus sponte disruptum est, aliis dissectum a medicis, nonnulae interierunt, cum aut per vim disrumperetur aut disrumpi non posset » De l'avis de Fabrice d'Aquapendente (3), il semble que « os uteri » doit se traduire : orifice vulvaire, et alors Aristote n'aurait pas connu les imperforations situées dans la cavité vaginale.

Celze (4), dans un chapitre spécial, insiste sur le traitement et divise nettement les atrésies en congénitales ou accidentelles : « Tantôt, dit-il, la mal conformation se produit dès la création de l'enfant au ventre de la mère, tantôt à la suite de quelque ulcère précédent et mal gouverné ».

Pline l'Ancien (5) voit comme « un présage malheureux pour les femmes de naître les parties sexuelles fermées », telle Cornélie, mère des Gracques dont les fils Tiberius et Caïus Gracchus sont morts massacrés par le peuple.

Après Pline, Galien n'apporta aucune modification aux idées de ses devanciers.

Aetius d'Amide (6), le premier, étudie longuement les atrésies des voies génitales de la femme, qu il semble, du reste, mieux connaître. Suivant le siège de

(1) Aristote. De historia animalium. Lib. X, texte 35.
(2) Aristote. De generatione animalium. Lib. IV, cap. 4, p. 84.
(3) Fabrice d'Aquapendente. Œuvres chirurgic. Traduct. Ravard. Lyon 1658. 2e vol., p. 276 et 277.
(4) Celze. De re medica. Lib. VII, cap. 28. Artis medicae principes. Edit. Haller. Lausanne 1772, t. VIII.
(5) Pline. Hist. natur. Lib. VII, cap. 15. Traduct. Gueroult, Paris 1845.
(6) Aetius. Contractae ex veteribus medicinae tetrabilos. Lugduni 1549.

l'obstacle, il décrit trois variétés : « 1° in ipsius pudendi alis sive labiis; 2° in ipso pudendi sinu ; 3° circa ipsum uteri osculum ». Cet auteur connait même les imperforations incomplètes, car il dit : « Si la fente extérieure de la partie honteuse est ouverte, et si une carnosité engendrée au dedans de la sinueuse capacité d'icelle, cause l'obstruction de sorte qu'elle ne laisse qu'un pertuis étroit et petit etc... ». Et il décrit son manuel opératoire emprunté à Celze, qui consiste à introduire un cylindre d'étain dans le vagin pour éviter l'accolement des lèvres de la plaie.

Paul d'Egine ne fait que colliger les travaux de ses devanciers sur la question.

Avicenne (1), médecin arabe du commencement du XI[e] siècle distingue les atrésies suivant qu'elles mettent obstacle à l'écoulement menstruel ou à l'accouchement. Albucasis (2) préconise la déchirure avec le doigt, si elle est possible, ce que conseillait aussi Avicenne, sinon, l'incision avec un bistouri en forme de myrte!

A la fin du XIII[e] siècle, Laufranc (3) et Guy de Chauliac (4), Ambroise Paré au XIV[e], n'ajoutèrent rien aux faits déjà connus. Barbette (5), un siécle plus tard ne fit que citer les écrits d'Aetius, d'Avicenne et d'Albucasis. A la même époque, Beniveni (6) consigna la première observation d'hymen imperforé.

Au XVI[e] siècle, Dalechamps (7) possédait sur les atrésies vaginales, sur les cloisonnements transversaux

(1) Avicenne. Opera. Venetiis 1607, in-folio t. I, tract. IV. Lib. 3, cap. I et II, p. 952.
(2) Albucasis. Pratica, sect. 2 cap. XIX. De clausura pudendi ; trad. Leclerc p. 171.
(3) Laufranc. Chirurgia magna. Doct. 3, tr. 3, cap. 9.
(4) Guy de Chauliac. La grande chirurgie. Trad. Mingelousault. Bordeaux 1672, tr. V.
(5) Barbette. Œuvres chir. et anat. Genève 1674.
(6) Beniveni. Libellus de abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. Basileae 1529.
(7) Dalechamps. Chirur. franç. Lyon 1570, in-8, p. 430.

en particulier, des notions trés étendus. « Cet empeschement, dit-il, est quelquefois au profond ; quelquefois aux ailes, quelquefois en l'espace qui est entremi icelles, et cela est ou une carnosité ou une membrane. Cette maladie donne grand empeschement à recevoir la compagnie de l'homme, à concevoir et enfanter et à rendre la purgation menstruale si la membrane ou carnosité bouche du tout le passage, car, en d'autres femmes, l'une et l'autre est pertuisée au milieu »,

Dans le même temps, Jean Schenck (1) rassemble dans ses ouvrages les faits de Wier (2), de Fabrice d'Aquapendente (3), de Cabrol (4), et de Félix Plater (5). Citons encore Hucher (6), Varandé (7) et Bauhin (8).

Au siécle suivant, Dionis (9) apporta de grands progrès dans l'étude de ces anomalies et c'est par l'anatomie comparée qu'on chercha à se rendre compte des faits observés dans l'espèce humaine. Diverses malformations trouvées à l'autopsie dans les organes génitaux de certaines femmes se montraient d'une façon constante chez différents animaux, et cette explication semblait suffisante.

Vers le milieu du XVII[e] siècle, Ruysch (10) rapporte la première observation de dystocie par cloison

(1) Schenck. Observationum medicarum, rararum, novarum admirabilium et monstrosarum volmen. 1609, p. 600. - Observationes medicae rariores. Lugduni 1643, lib. IV, p. 529.
(2) Wier. Opera Omnia. Amstelodami 1660, p. 935.
(3) Fabrice d'Aquapendente. Loco. cit.
(4) Cabrol. Alphabet anatomie, 1624.
(5) Plater. Felicis Plateri observationum, libri tres. Basileae 1614, lib. I.
(6) Hucher. De sterilitate utriusque sexus, Aureliae Allobrogum 1609.
(7) Varandé. De morbis et affectibus mulierum. ed. opera Petri Mysaei. Lugduni 1619, lib. I, cap. XI.
(8) Bauhin. Anatomie. lib. I, cap. 49. Bâle 1592.
(9) Dionis. Traité général des accouchements. Liège 1721. Cours des oper. de chirurgie. Paris 1751, 4e édit. (il y signale sans nom d'auteur, un traité en latin : de imperforatis).
(10) Ruysch. Obs. anat. T. I. Observ. XXII.

membraneuse incomplète, située derrière l'hymen non déchiré. Après section de deux membranes successives l'accouchement se termina rapidement.

Heister (1), un des plus illustres élèves de Ruysch, rapporte quelques années plus tard, une observation analogue recueillie par Becker (2). Dans la première moitié du XVIII[e] siècle, Benevoli (3) observe et rapporte un cas de cloison transversale, en tout semblable à celui de Ruysch.

Astruc (4) parle de rétention menstruelle par une membrane placée en travers du vagin : « La membrane est presque toujours placée à l'entrée du vagin, mais on prétend l'avoir trouvée quelquefois plus avant dans ce conduit et même à l'orifice de la matrice. Elle est ordinairement mince et purement membraneuse ».

Mauriceau (5), dans son traité des maladies des femmes grosses, ne semble pas avoir bien connu les brides et les diaphragmes vaginaux, puisqu'il n'admet pas l'existence de ce qu'il appelle, en parlant de la cavité vaginale, « un hymen en son milieu ».

Tels sont, jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle, les documents existants. Cependant quelques cas avaient été publiés par des accoucheurs. Aux trois observations de Ruysch, Benevoli et Becker, se joignent celles de Morgagni (6), Schultze et Willis (7), portant à six le nombre des faits analogues alors connus.

Au XIX[e] siècle, dans sa Pratique des accouche-

(1) Heister. Institutiones chir., Traduct. Paul (d'Avignon) 1770, T. IV p. 1 à 19.
(2) Becker. De paidioctonia incu'pata a l serv. puerperam. Giessen 1729. p. 31.
(3) Benevoli. Dissert. sopro l'orig. del Ernia intest... etc... Firenza. 1747.
(4) Astruc. Traité des maladies des femmes. Paris 1761, in-12. T. I. p. 229.
(5) Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses. 3e Edit. Paris 1740. T. I.
(6) Morgagni. De sedibus et causis morborum. Venetiis. 1761.
(7) Willis. Cité par Villette. Thèse de Paris 1854.

ments, Madame Lachapelle (1) emploie ces termes : « Obstacles dus au vagin et aux parties externes : on peut dire du vagin ce qui vient d'être dit de l'utérus... de même, des brides ou cicatrices peuvent le fermer en partie. J'ai vu plusieurs fois des cloisons imparfaites, des sortes de valvules fort larges, situées à diverses hauteurs et dans différentes régions. On sent qu'il est difficile de rien établir de général sur des faits aussi divers. L'étendue, la consistance de ces obstacles, font varier les indications : il en est qu'une simple incision détruit, comme nous l'avons vu pour l'hymen et pour ces brides qui rétrécissent la vulve ; mais souvent la nature seule ou aidée par l'art (version, forceps) déchire ou dilate assez les brides ou les valvules, ou comprime assez les tumeurs pour qu'on puisse se dispenser de couper les premières d'ouvrir ou d'emporter les deuxièmes. Ce n'est que dans des cas fort rares qu'on se voit forcé de recourir à la craniotomie ou à l'opération césarienne ».

La question est déjà bien étudiée et mise au point dans cet ouvrage.

D'importants travaux sont encore à noter : les thèses de Bas (2), de Villette (3); Boyer (4), dans son traité des maladies chirurgicales signale les atrésies membraneuses mais parle à peine des cloisons membraneuses incomplètes. Samuel Cooper (5), Murat, Bérard (6) disent, à propos des anomalies ou des im-

(1) Mad. Lachapelle. Pratique des accouchements. T. III. art. III. p. 309.
(2) Bas. Oblitération du vagin. Thèse de Paris 1812.
(3) Villette. De l'atrétisme. Thèse de Paris 1824.
(4) Boyer. Traité des maladies chirurgicales 1825, T. 10. p. 415.
(5) S. Cooper. Dictionnaire de chirurgie pratique. Paris 1826, p. 590.
(6) Bérard (A). Répertoire des Sciences médicales, 2e édit. T. XXX. p. 453.

perforations du vagin, quelques mots des imperforations membraneuses.

Incidemment, et sous des titres divers la question est traitée dans les thèses de J.-P. Robin (1), de Ledru (2), de Labadie de Lalande (3), de Serrière (4), de Roze (5), de Bonnecase (6), de Guéretin (7).

Les ouvrages les plus importants qui aient été faits sur ce sujet remontent à une date assez ancienne. Ce sont : la thèse d'agrégation du professeur Le Fort (8) (1863), le remarquable mémoire de Puech (9) et l'excellente thèse de Delaunay (10). Le second de ces auteurs a laissé de côté les cloisonnements incomplets, dont la première étude a été esquissée par Delaunay.

A signaler encore parmi les travaux sur les malformations vaginales en général ou les dystocies qu'elles provoquent ceux de Choteau (11), Magendie-Husté (12), Bernard (13), Le Cointe (14), et Collon (15).

Les divers traités d'obstétrique ou de gynécologie, même de date récente sont assez brefs sur ces

(1) J.-P. Robin Des causes de dystocies provenant du conduit vulvo-utérin. Thèse de Paris 1845.
(2) Ledru. De l'hymen. Thèse de Paris 1855.
(3) Labadie de Lalande. Occlusion du conduit vulvo utérin. Thèse de Paris 1856.
(4) Serrière. De l'imperforation de l'hymen. Thèse de Paris 1865.
(5) Roze. De l'hymen. Thèse de Strasbourg 1855.
(6) Bonnecase. Traité chir. des imperforations du vagin. Thèse de Paris 1872.
(7) Gueretin. Imperforations de l'hymen. Thèse de Paris 1873.
(8) Le Fort (L). Des vices de conform. de l'utérus et du vagin. Thèse d'agrégation 1863.
(9) Puech (A). De l'atrésie des voies génitales de la femmes. Paris 1864.
(10) Delaunay. Etude sur le cloisonnement transvers. du vagin complet et incomplet d'orig. congénitale. Thèse de Paris 1877.
(11) Choteau. Des cloisonnements du vagin d'orig. congénitale. Thèse de Lille 1894.
(12) Magendie-Husté. Cloisonnements transversaux du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris 1894.
(13) Bernard. Des cloisons congénitales du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris 1898.
(14) Le Cointe. Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale. Thèse de Paris 1908.
(15) Collon. Contribution à l'étude de la dystocie vaginale par malformation congénitale. Thèse de Nancy 1919.

anomalies. Pozzi (1) y consacre une page. Faure et Siredey (2) sont encore plus concis.

Actuellement l'embryologie nous permet de donner à ces anomalies une explication rationnelle par les acquisitions scientifiques faites grâce à de nombreux et importants travaux que nous aurons à étudier dans la pathogénie de ces malformations.

(1) Pozzi Traité de gynécologie, 1907. T. II, p. 1423.
(2) Faure et Siredey. Traité de gynécologie médicale et opératoire, 1914.

EMBRYOLOGIE

De nombreuses hypothèses ont été successivement émises sur le développement du canal génital de la femme, en particulier sur la façon dont se développe le vagin.

Frankel (1) dès 1825, J. Muller (2) en 1830 en donnent les premiers un aperçu.

Depuis cette époque, les travaux se sont multipliés, les connaissances précisées et nombreux deviennent les noms de ceux qui ont écrit sur les malformations génitales : Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (3) (1832), Coste, Rathke (4), Serres, Mondini, Bischoff (5), Meissner, Cruveilhier (6), Lilienfeld.

« C'est par un arrêt de développement et non par un excès qu'il faut expliquer les malformations utérines ou vaginales » dit Geoffroy Saint-Hilaire.

Pour ces auteurs, le développement du vagin se ferait par trois points séparés destinés à se rejoindre plus tard : la partie la plus élevée se formant aux dépens de l'extrémité inférieure des canaux de Müller. Les deux tiers inférieurs provenant du sillon génital,

(1) Frankel. Diss. de organor. gen. Deformat. Berlin 1825.
(2) Muller. Bildungsgesichte der Genitalien. Dusseldorf 1830.
(3) I. G. Saint-Hilaire. Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation, etc.. T. I, 1832.
(4) Rathke. Abhandlungen zur Bildungs und Entwicklungsgeschichte der Menschen und Thieren 1832.
(5) Bischoff. Développement de l'homme et des Mammifères. 1843.
(6) Cruveilhier. Traité d'anat. patholog. génér. 1849, T. I.

et la portion intermédiaire dérivant du tissu embryonnaire séparant ces deux culs-de-sac.

En 1852, Thiersch et Leuckart émirent une autre théorie. Pour Thiersch (1) les canaux de Müller se soudent de bas en haut et forment un seul canal qui devient le vagin et le corps de l'utérus.

Pour Leuckart (2), les canaux de Müller se fusionnent sur la ligne médiane, formant un organe impair le « canalis genitalis » qui s'élargit et se divise ensuite en utérus et vagin.

Ainsi donc, à l'origine, l'utérus et le vagin sont doubles, le vagin dérivant du segment inférieur des deux canaux de Müller accolés.

Des embryologistes tels que Küssmaül (3), Kölliker, Dohrn, Gillis (4), Tourneux et Legay, Debierre (5) ont une autre conception.

Le vagin serait entièrement formé par les canaux de Müller primitivement constitués par des cordons pleins, ces canaux sont d'abord accolés l'un à l'autre. Puis, la cloison qui les sépare se résorbe vers le milieu de leur longueur. Mais à quel endroit débute cette fusion ? A la région moyenne, d'après Kölliker (6) ; à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, dit Dohrn (7). Quant à Tourneux et Legay (8), ils admettent que cette union se produit, tantôt vers le milieu, tantôt

(1) Thiersh. Illustr. med. Zeitschrift 1852, p. 93
(2) Leuckart, ibid. 1852, p. 11.
(3) Küssmaül. Von dem Mangel, der Verkümmerung und der Verdoppelung der Gebaermutter. Wurzburg 1859.
(4) Gilis. Manuel d'embryologie.
(5) Debierre. Des vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme. 1892.
(6) Kolliker. Entwickelungsgeschichte des Menschen 1861.
(7) Dohrn. Ueber die Müllerschen Gaenge und die Entwickelung des Uterus. Marb. Gesellschaft 1867, Bd. XXX.
(8) Tourneux et Legay. Développement de l'utérus et du vagin. In. Journ. de l'anatomie et de la physiologie, de Ch. Robin, 1884, p. 330.

à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Au surplus, la résorption se continue de haut en bas, jusqu'à ce qu'il n'existe plus qu'un canal unique, le canal utéro-vaginal. Pour ce qui est du sillon génital, il ne formerait que le vestibule du vagin.

Fusionnés, les canaux de Müller forment un renflement dans le sinus uro-génital, c'est la partie inférieure du vagin, selon l'opinion de Budin (1). Il se développe petit à petit jusqu'à ce que son extrémité inférieure dépasse les petites lèvres. C'est l'orifice extérieur de ce canal qui constitue l'hymen ; et cette membrane est tapissée d'un côté par la muqueuse vaginale, et de l'autre par la muqueuse vulvaire.

De l'avis de Valentin le sinus uro-génital se cloisonne en deux conduits : l'un, ventral, qui deviendra l'urètre, l'autre dorsal, donnera le vagin.

Suivant G. von Mihalkovics (2) les canaux de Müller se fusionnent avant de pénétrer dans le sinus uro-génital.

Des observateurs récents font participer également les canaux de Wolff au développement de la portion distale du vagin. Pour Berry Hart (3), le tiers inférieur du vagin se développerait aux dépens des canaux de Wolff et non des canaux de Müller, et l'hymen se formerait également aux dépens des canaux de Wolff.

Kempe (4) est du même avis dans ses recherches

(1) Budin. Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Progrès médical, 1879.
(2) G. von Mihalkovics. Entwickelung des Harn und Geschlechtapparates des Amnioten, in Internationale Monatschrift für Anatomie und Histologie, 1885, p. 113
(3) Berry Hart. A contribution to the morphology of the human urogenital tract. Journ. Anatomy and pathology 1901, p. 330.
(4) Kempe, Over het Genitaalsteng epitheel van de witte rat en over de morphologische Beteekenis het hymen. Leiden 1903.

concernant le rat blanc. Pour Bolk (1), la provenance du vagin serait double. La portion supérieure ou céphalique résulterait de la fusion des canaux de Müller (pars Müllerica) et le segment caudal (1/3 inférieur) se développerait aux dépens du sinus uro-génital (pars adjuncta).

Dans une série de mémoire, Retterer (2) a étudié l'origine du vagin. Pendant le troisième mois, les canaux de Müller débouchent dans le sinus uro-génital. Mais alors que chez le mâle, le sinus uro-génital reste unique, chez la femelle il se cloisonne à partir du point d'abouchement des canaux de Müller. Ses parois latérales font un pli qui se porte à la rencontre de celui du côté opposé. Ils se rejoignent et étranglent ainsi le sinus uro-génital qui se trouve alors partagé en un canal antérieur (urétre) et un canal postérieur (vagin). Ces deux canaux constitués, les deux plis transversaux ont donné la cloison urétro-vaginale.

Le cloisonnement se poursuit de haut en bas, de telle façon que, vers la fin du quatrième mois, le bord inférieur du septum urétro-vaginal arrive au niveau du bord supérieur du bulbe du vagin, et que, pendant les cinqième et sixième mois, le cloisonnement s'effectue jusqu'au dessus de la partie inférieure du bulbe du vagin.

« Donc, affirme Retterer (3), les canaux de Müller

(1) Louis Bolk. Zur Entwicklung und vergleichenden Antomie des tractus (urethro-vaginalis der Primaten, in Zeitschrift für Morpholog. und Anthropol. 1907, T.X.
(2) Retterer. Sur l'origine du vagin de la femme. Soc. de Biol. 2 mai 1891. p. 293. Du rôle de l'épithélium dans le développement des organes génitaux-urinaires externes. Soc, de Biol. 1905, 24 juin, p. 1041.
Du développement et de la stucture des raphés des organes génitaux-urinaires. Soc. de Biol. 1 juillet 1905.
(3) Retterer. Développement de l'urètre, du vagin et de l'hymen. Rev. de Gynéc. et de chirurg. abdominale. 1907, p. 397

encore séparés chez l'embryon au niveau du plan qui passe par les articulations coxo-fémorales. Après leur réunion en un canal unique, cette extrémité inférieure ou distale ne descend plus dans la cavité pelvienne. La « fleur épanouie » reste chez l'adulte au même niveau que chez l'embryon. Le développement, comparé à l'état adulte, établit d'une façon péremptoire que les canaux de Müller ne peuvent prendre part à la formation du vagin. Les classiques qui soutiennent cette dernière théorie ne tiennent pas compte des connexions et attribuent un accroissement idéal aux canaux de Müller, isolés pour ainsi dire dans l'espace. L'urètre femelle dérive de la portion ventrale du sinus uro-génital, et le vagin tout entier procède de la portion dorsale de ce sinus ».

« En résumé, le vagin fait défaut chez les mammifères femelles où le sinus uro-génital ne se cloisonne pas (hyène (1), éléphant (2) ».

« Dans ces animaux, on n'observe qu'un vestibule génito-urinaire et le segment allantoïdien de l'urètre. Chez les autres femelles de mammifères, le sinus uro-génital se cloisonne et il se forme un segment, ou vagin, intermédiaire entre l'utérus et le vestibule, ainsi qu'un segment inférieur ou distal de l'urètre qui allonge d'autant le conduit urinaire ».

Sans vouloir citer tous les auteurs qui ont étudié le développement de l'appareil génital de la femme, et sans vouloir analyser leurs théories, il importe cepen-

(1) Watsson. Homology of the sexual organes. Journ. of anatomy and Physiology, 1879, p. 73.
(2) Milne-Edwards, Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée. T. IX. p. 66, en note. — Mayer. Beitrage zur Anatomie des Elephantus. Nova acta Acad. nat. curios., T. XXII, pars II.

dant de citer les noms de Livius Fürst (1), de Langenbacher (2), de Tourneux (3), de Reichel, de Keibel (4), de Nagel (5), de Schaeffer (6) et enfin de S. Pozzi (7).

Somme toute, les hypothèses émises peuvent se grouper sous trois chefs :

1° *L'utérus et le vagin sont des évaginations du sinus uro-génital* (J. Müller - Rathke)

2° *L'utérus et le vagin procèdent des canaux de Müller* (Thiersh, Kölliker, Fürst, Dohrn, Tourneux).

3° *Le vagin est le segment des conduits génitaux qui provient du cloisonnement du sinus uro-génital* (Valentin, Retterer, Pozzi).

A laquelle de ces hypothèses devons-nous nous rallier ? Choisir entre elles et bien difficile et nous ne voudrions pas trancher une question où tant d'embryologistes très qualifiés ne peuvent se mettre d'accord.

Nous allons donc exposer la théorie généralement admise, en y insistant quelque peu, car ce n'est que dans l'étude du développement du système génital de la femme que l'on peut trouver l'explication des malformations vaginales qui font l'objet de notre travail.

Les organes génitaux et urinaires sont intimement liés dans leur développement.

La 1e ébauche qui apparaisse est le rein primitif ou pronéphros de Balfour et Sedgwick ou rein céphalique. On l'observe sous forme de canalicules dans la

(1) L. Fürst. Ueber die Bildungshemmungen des utéro-vaginal-canals, Monatschrift für Geburtsk 1867, Bd. XXX.
(2) Langenbacher. Beitrag zur Kentniss der Wolffschen uud Müllerschen Gange der Saengern, Archiv. für mikr. Anat. 1881.
(3) Tourneux. Précis d'embryologie humaine 1909.
(4) Keibel. Zur Entwicklung des Uterovaginalsystem beim Menschen, Archiv. f. anat. und Physico 1896 et 1897,
(5) Nagel. Harn. und Geschlechtsorgane. Bardelebens Handbuch 1896.
(6) Schaeffer. Archiv. für Gynaekologie 1890, T. XXXVII.
(7) Pozzi. Traité de Gynécologie T. II, 4e édit., 1907.

plaque intermédiaire entre la protovertèbre et la plaque latérale. Il existe un canalicule par segment primordial. Le canal excréteur forme le canal de Wolff.

Ce canal de Wolff reste le conduit excréteur du mésonéphros, ou corps de Wolff (corpus pampiniforme de Wrisberg). Les corps de Wolff sont situés contre la paroi postérieure de l'abdomen, de chaque côté du mésentère, entre les vertèbres primitives et les lames vertébrales : ce sont deux petits corps piriformes, allongés de haut en bas, de dehors en dedans, formés par une série de canalicules sinueux, transversaux, qui se jettent dans un canal collecteur qui n'est autre que le canal de Wolff et qui vient finalement s'ouvrir dans le cloaque.

Vers la cinquième ou la sixième semaine apparaissent deux nouveaux organes : la glande génitale et le canal de Müller.

La glande génitale est située au côté interne du corps de Wolff; il est logé dans une petite fossette ovoïde, creusée dans sa face interne. Elle deviendra ultérieurement l'ovaire ou le testicule. A mesure qu'elle se développera, le corps de Wolff ira s'atrophiant.

A côté du canal de Wolff et sur la partie antérieure et externe du corps de Wolff apparaît le canal de Muller. Chez les vertébrés inférieurs, ce conduit dérive du canal de Wolff (Semper, Balfour, Hoffmann); chez les mammifères il proviendrait d'une invagination de l'épithélium coelomique se produisant à la face externe de l'extrémité supérieure du canal de Wolff (Waldeyer, Braun, Gasses, Ianosik).

Quoiqu'il en soit, les deux canaux de Wolff et les

deux canaux de Müller descendent côte à côte dans le bassin et vont se jeter dans le sinus uro-génital. L'ensemble des canaux avant leur abouchement dans le sinus forme le cordon génital de Thiersh. Dans ce cordon, les conduits de Müller sont situés en arrière des canaux de Wolff.

Chez le mâle, le cordon de Wolff persiste et devient le canal déférent ; le canal de Müller s'atrophie.

Inversement, chez la femelle, c'est le canal de Wolff qui regresse, et on n'en trouve plus que des débris, les canaux de Gartner, sans fonction physiologique. Quant aux conduits de Müller ils se transforment en trompes de Fallope dans leur partie supérieure, en utérus et vagin au dessous du ligament inférieur du corps de Wolff, c'est-à-dire au niveau du cordon génital (Kölliker, Dohrn, Tourneux).

Les deux canaux de Müller ne se fusionnent qu'au niveau du cordon génital, mais en quel point précis débute ce fusionnement ? Nous avons déjà vu les nombreux avis donnés à ce sujet et nous n'y reviendrons pas.

Retenons seulement que la portion supérieure du vagin est d'origine Müllérienne (1) ; son segment inférieur ou vestibule du vagin, avec l'hymen procède du sinus uro-génital, comme le montre les cas, ou, malgré l'absence du vagin il existe un hymen bien développé et ceux d'hypospade avec un hymen.

Il résulte donc de cette théorie, qu'admet aussi Le Cointe (2), que « les malformations vaginales, d'ori-

(1) Pozzi. (Cité par Rieffel) in Traité d'anatomie humaine. (Poirier, Charpy 1901).
(2) Le Cointe. Contrib. à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux. Thèse de Paris 1908 (Loc. cit.).

gine Mullérienne, s'accompagneront le plus souvent de malformations utérines parallèles, tandis qu'il n'y aura pas concomitance de malformations vulvaires, d'origine vestibulaire : fréquemment on trouvera un vagin double pour un orifice vulvaire unique ».

Telles sont les données qui nous sont fournies par l'étude embryologique du développement du vagin. C'est à la lumière de ces faits que nous entreprendrons la discussion des malformations qui vont faire l'objet de ce travail et que nous envisagerons leur interprétation en tâchant d'en donner une explication en concordance avec les acquisitions récentes de l'embryologie.

PATHOGÉNIE

Si l'embryologie rend assez bien compte ne la formation des cloisonnements longitudinaux du vàgin par la non-résorption de la cloison médiane formée par la coalescence des deux canaux de Muller, il est plus difficile d'expliquer l'origine des diaphragmes ou des brides transversales.

La genèse de ces malformations peut, suivant les auteurs être classée ainsi :

1° *Théorie des arrêts de développement.*

2° *Théorie pathologiques des vices de conformation.*

3° *Théorie de l'hérédité.*

4° *Théorie admettant une relation entre la faiblesse intellectuelle et les anomalies des organes génitaux.*

Nous ferons tout de suite justice de cette dernière, qui n'a été soutenue que par Gilson (1), à propos d'un cas de cloisonnement transversal du vagin chez une imbécile, chez laquelle il a voulu voir une relation intime entre cette anomalie et sa déficience intellectuelle.

Théorie de l'hérédité. — Cette opinion n'est pas défendable non plus, car, parmi les observations que nous avons pu rassembler, nous ne trouvons aucun exemple qu'une femme, atteinte de cloisonnement

(1) Gilson. L'encéphale. 1885. p. 41.

transversal du vagin ait transmis cette même malformation à ses filles.

Il pourrait en être autrement de l'influence de la consanguinité, quoique ces cas soient très rares. Ce serait des faits analogues à ceux où un enfant présentant un bec-de-lièvre ou une luxation congénitale de la hanche, ou même une imperforation de l'hymen, possède des collatéraux chez lesquels ces anomalies ont été observées.

Delaunay (1) cite avec très peu de détails malheureusement l'histoire de « deux sœurs qui auraient toutes deux au moment de leur premier accouchement, offert une cloison transversale incomplète nécessitant une légère opération chirurgicale et une application de forceps ». La mère elle-même aurait été délivrée au forceps.

Magde (2) a observé dans une famille quatre filles atteintes d'imperforation de l'hymen, alors que deux garçons étaient affectés de phimosis.

Yates (3) a opéré pour une imperforation de l'hymen une jeune fille de 18 ans, dont la sœur jamais réglée était morte à 20 ans d'une péritonite provoquée par le passage du sang menstruel dans la cavité péritonale ; mais ce qu'il y a de curieux, c'est que peu de temps après, la femme du frère de l'opérée amenait au docteur Yates ses deux petites filles qui offraient la même anomalie (4).

---

(1) Delaunay. Etude sur le cloisonnement trasnvers. du vagin complet et incomplet, d'origine congénitale. Thèse de Paris 1877, p. 37.
(2) Magde .Transac. of the obst. Soc. London T. XI, p. 233.
(3) Yates. The Lancet. 11 juin 1870.
(4) Puech. Annales de Gynécologie 1874, T. II, p. 201.

Le Fort (1) et Le Cointe (2) se demandent s'il faut remonter « jusqu'à la conception de l'atavisme, car quelque paradoxal que cela puisse paraître, l'hérédité entre certainement en jeu dans la production des malformations observées ». Mais ils n'apportent aucune preuve.

Enfin dans le cas qu'il nous a été donné d'observer, une tante de la malade avait présenté un cloisonnement vaginal congénital semblable.

Théories pathologiques des vices de conformation. — Cette hypothèse a été soutenue, avec des interprétations différentes par Dohrn, Heyder, Schroeder, Breibsky et Kleinwächter.

Dohrn (3) explique ainsi la formation des septums congénitaux du vagin. Il a observé que vers la 17e ou la 19e semaine de la vie embryonnaire la croissance en longueur du canal génital se fait très rapidement et qu'il se forme de nombreux plis transversaux à la paroi antérieure et postérieure du vagin. Dans le cours de la 19e semaine débute un fort bourgeonnement papillaire du vagin, auquel prend surtout part le milieu de l'organe. C'est vers la même époque que commence le développement de l'hymen. D'abord sur la paroi vaginale postérieure, un peu plus tard sur la paroi antérieure prennent naissance des bourgeonnements papillaires au dessus du point où le vagin se

(1) Le Fort. Des vices de conform. de l'utérus et du vagin. Thèse d'agrég. 1863.
(2) Le Cointe. Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux, d'origine congénitale. Thèse de Paris 1908, p. 27.
(3) Dohrn. — Ueber die Entwickelung des Hymen. Schriften der Gesellschaft zur Beforderung des gesammten Naturwissenschaften zu Marbürg. Bd. X, Supplémentheft. I, Cassel 1875, Ch. Kay.
Archiv. für Gynaekologie Bd. X, S. 544.
Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie 1885, Bd. XI, Heft I, S. I.

réncontre avec le sinus uro-génital. Le liseré postérieur, plus large, correspond au plus grand accroissement en longueur de la paroi vaginale postérieure, par le fait qu'à droite et à gauche il se forme un pli de tissu : les deux éminences arrivent en contact. Mais Dohrn n'explique pas le pourquoi de la formation de ces replis membraneux, il indique seulement comment et quand ils se produisent.

Heyder (1) émet une théorie mécanique, qu'il fait découler de l'interprétation fournie par Dohrn.

Par suite de son accroissement vers le bas, le vagin rencontre la limite supérieure du sinus uro-génital ; là, la muqueuse du vagin s'infléchit vers le lieu de moindre résistance, d'abord par sa paroi postérieure (conformément à son développement plus rapide) puis par sa paroi antérieure. L'origine des plis transversaux latéraux qui relient le liseré antérieur avec le postérieur s'explique par un infléchissement du bord. Telle serait l'origine de l'hymen.

« Pour expliquer la formation rare d'une cloison transversale du vagin, on pourrait admettre qu'il se serait formé un épaississement d'une sécrétion extraordinairement riche en mucus et en cellules épithéliales ; par accollement de ces sécrétions aux parois vaginales et par son écoulement jusqu'à un des plis transversaux faisant obstacle, il y aurait eu une résistance en ce point qui aurait produit un nouveau septum hyméniforme ».

Pour Schroeder (2), ces cloisons seraient dues à des adhérences formées pendant la vie embryonnaire.

(1) Heyder. Archiv. für Gynaekologie. 1890.
(2) Schroeder. Maladie des organes génitaux de la femme. Trad. sur la 6e édit. par Humbert, 1886, p. 498.

Breibsky (1) fait reposer ces malformations, comme les atrésies, sur des processus inflammatoires fœtaux, Schatz (2) combat cette opinion: on ne comprend guère l'existence d'un processus inflammatoire à une époque aussi peu avancée du développement et Kinderlen (3) se demande avec raison d'où viendraient les agents producteurs de l'inflammation.

Enfin, Kleinwächter (4) admet que le canal génital atteint son rétrécissement maximum au sommet du vagin ; ses parois sont très près l'une de l'autre et là, vers la 15e ou la 16e semaine se développent les lèvres de la matrice. Ultérieurement le plissement de la paroi interne favorise l'imbrication et leur réunion : « Dans le tiers inférieur du vagin, les parois du canal génital atteignent un plus grand accroissement dans la 17e, 18e semaine et expliquent par là les cloisonnements que nous étudions ».

A vrai dire, ces hypothèses sont assez embrouillées et ne satisfont pas l'esprit. Aussi la plupart des observateurs se sont-ils ralliés à la théorie qu'il nous reste à envisager, celle de l'arrêt de développement.

Cependant, si d'aucun, pour expliquer par exemple, l'existence d'une antéflexion utérine avec atrésie cervicale, ont invoqué un vice de développement par défaut dans la paroi antérieure des canaux de Muller, « pourquoi ne pas employer le même raisonnement pour expliquer la coudure vaginale siégeant au voisinage du col utérin avec repli falciforme plus ou moins prononcé?

(1) Breibsky. Handbüch der Fraüenkrankheiten, rédig. von Billroth und Luecke. 1886, p. 596, Lief 60, p. 53.
(2) Schatz. Arch. fur Gynackologie. Bd. I, p. 21.
(3) Kinderlen. Archiv. für Gynaekologie. Bd. II, p. 12.
(4) Kleinwachter. Les sténoses partielles congénitales du vagin. Prager. Med. Wochenschrift. 26 nov. 1890, No 48.

Si l'on y prête attention, on constate que les vices de développement sont fréquents dans le vagin, car rien n'est plus variable que sa conformation, sa direction coudée ou rectiligne, ses dimensions en longueur et en largeur. Avec une antéflexion utérine, chez la jeune fille, on note généralement un raccourcissement de la paroi vaginale antérieure, et avec une rétroflexion de développement un raccourcissement de la paroi vaginale postérieure. Dans certains cas d'utérus infantile, avec allongement hypertrophique du col, le vagin est fort court, au point que le col affleure le vestibule. Qui ne connaît ces vagins atrésiés, à parois dures, dont les colonnes antérieures et postérieures marquées de plis saillants se prêtent si mal à l'examen le plus simple et à toute tentative de dilatation ? C'est dans ces conditions de développement vicié, surtout dans les cas d'inégale longueur des parois vaginales, que l'on rencontre les cloisons falciformes, les septums et les diaphragmes, aussi bien vers le fond du conduit, qu'au voisinage du releveur de l'anus qui trace souvent un repli circulaire plus ou moins appréciable, analogue à un diaphragme d'optique.

« Si à un raccourcissement de la paroi vaginale antérieure, par exemple doit correspondre logiquement un plissement sur la paroi postérieure trop longue, on peut imaginer aussi qu'à une coudure ou à une sinuosité sur un des canaux de Muller, corresponde, après coalescence des deux canaux, un éperon ou un cloisonnement latéral de saillie et d'épaisseur variables.

« Si l'on conçoit ainsi la genèse des cloisonnements vaginaux et si l'on accepte la notion des anomalies de

disposition fréquentes sur les canaux de Muller avant leur coalescence et à la période embryonnaire on rend la compréhension des malformations utéro-vaginales plus simple et plus facile. Dès lors le siège des cloisonnements à toutes les hauteurs du conduit est expliqué, ainsi que la variabilité de leur forme, de leur épaisseur, de leur aspect et l'on n'a plus à s'en tenir aux simples viciations d'abouchement vagino-vestibulaire pour interprêter ces phénomènes » (1).

Théories de l'arrêt de développement. — « Que le vagin manque complètement, ou qu'il n'y ait qu'un simple diaphragme, il n'y a là qu'un arrêt de développement, seulement, tandis que dans le premier cas il a porté sur toute la zone intermédiaire, — dit Puech (2), qui admet le développement du vagin par trois zones — dans le second cas il s'est circonscrit à une très petite étendue. Ce ne sont pas des jeux de la nature, des aberrations du « nisus formativus », mais bien des états transitoires permanents ».

Delaunay s'appuyant sur les données de Courty(3) fait provenir la partie supérieure du vagin de l'extrémité inférieure des canaux de Muller, les deux segments inférieurs dérivant de tissu embryonnaire où se creuse le cloaque externe allant à la rencontre du précédent.

Si, par un arrêt de développement, le travail de résorption manque entre la partie inférieure et la partie moyenne, on observera une imperforation de l'hymen

Si, après avoir commencé au niveau de la zone

(1) Vautrin. Des cloisonnements transversaux du vagin. La Gynécologie. juin 1920.
(2) Puech. De l'atrésie des voies génitales de la femmes. 1864, p. 22.
(3) Courty. Traité des maladies des femmes. 1870.

intermédiaire ce travail de résorption « vient à s'arrêter avant d'avoir achevé son œuvre, plusieurs cas sont possibles. Tantôt il s'arrête aux deux extrémités, nous aurons une cavité prise entre deux imperforations membraneuses, l'inférieure étant constituée par l'hymen ; tantôt le travail de résorption continuant au contraire par l'une de ses extrémités, nous n'aurons plus qu'une imperforation suivant le cas, ce sera l'hymen ou bien une cloison placée vers la partie moyenne du vagin » (1).

Mais comment expliquer par cette pathogénie les cas où l'on a trouvé plusieurs cloisons, celui de Fristo par exemple, qui en a compté quatre, celui de Roth qui en perçut deux ?

La perforation des canaux de Muller s'accompagnant de la destruction de la cloison correspondante les accolant fait penser à Guillemard (2) que si « le travail de résorption cesse en ce point pour se faire de la même façon plus bas ou plus haut, il en résultera entre les deux points du canal où la résorption s'est faite, la présence d'un diaphragme plus ou moins épais, et souvent réduit à une simple lame membraneuse que l'on a regardée comme un hymen supplémentaire quand elle siégeait au voisinage de celui-ci ».

Partisans de l'origine Mullérienne du vagin, Magendie-Husté, Verchère, Trélat et Chantreuil donnent les interprétations suivantes :

Les canaux de Muller primitivement pleins se creusent dans la suite, mais ce second stade de leur

(1) Delaunay. Loc. cit. p. 35.
(2) Guillemard. Contribut. à l'étude de l'atrésie des voies génitales chez la femme, et en particulier à l'imperforation du col de l'utérus. Thèse de Nancy 1877, p. 9.

évolution peut manquer, et s'il y a défaut de résorption, en ce point il y aura production d'une cloison(1).

Verchére, reprenant l'hypothèse de Trélat et Chantreuil (2) fait entrer en coalescence les deux canaux de Muller pour former un seul vagin. Il en reste deux saillies, antérieure et postérieure, qui constitueront les colonnes du vagin. La cloison médiane peut subsister, déterminant deux vagins. Que cette cloison ne persiste que dans l'étendue de 1 à 3 millimètres, nous avons alors chez l'embryon une persistance des deux canaux de Muller, mais dans cette hauteur seulement. Cette cloison va suivre le développement du vagin tout entier, les canaux seuls conservent leurs dimensions primitives et aussi leur siège latéral, et l'on aura une cloison transversale dont le centre sera formé par l'adossement des deux canaux de Muller et dont les parties latérales seront perforées de deux petits orifices qui ne sont autres que ces canaux de Muller eux-mêmes (3).

D'aucuns, rejetant cette théorie mullérienne, soutiennent l'hypothèse d'une origine double du vagin : les canaux de Muller pour le segment supérieur, le sinus uro-génital pour l'inférieur.

Au point de rencontre, si le développement est normal, le septum se résorbe, par amincissement progressif, sinon il persiste plus ou moins complet. Budin (4), Doléris (5), Sutton (6) interprètent ainsi

(1) Magendie-Husté. Etude sur le cloisonnement transvers. du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1894. p. 18.
(2) Trélat et Chantreuil. Gaz. Méd. de Paris 1866 ; Bull. de la Soc. Anat. 1866.
(1) Verchère. Arch. de Tocologie. juin 1894.
(2) Budin. Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Paris 1874.
(3) Doléris. Archives de Tocologie 1886. No 2, p. 35.
(4) Sutton. Britisch gynécological Journal ; Vol. II, p. 517.

la formation de l'hymen et des cloisons transversales.

Viannay voit même là l'étiologie du siège des cloisons au tiers inférieur du canal vaginal : « Cet organe se développe aux dépens du segment inférieur des canaux de Muller et primitivement il n'aboutit pas au cloaque directement, mais par l'intermédiaire d'un canal vestibulaire assez long. Le point de jonction des canaux de Muller et du canal vestibulaire est le lieu d'élection des cloisons transversales congénitales du vagin » (1).

Influence ancestrale et arrêt dans l'évolution morphologique en sont les causes, d'après Lepage (2)

N'est-ce là qu'une anomalie réversive, c'est-à-dire, la reproduction sporadique dans une espèce de dispositions existant normalement dans une autre espèce ? et faut-il rapprocher ces malformations de la femme des replis successifs que l'on observe chez les cétacés, simulant une série de museaux de tanche superposés (3), ou des plis du vagin qui chez la femelle du chimpanzé forment des cloisons fort étendues (4), ou encore des anneaux ou diaphragmes qui chez la brebis se succèdent jusqu'au col de l'utérus (5) ?

Ces théories de l'arrêt de développement, quelles qu'elles soient nous paraissent plus acceptables qu'aucune autre, car elles sont basées sur l'embryologie qui les explique clairement.

Pour nous, sans vouloir trancher le différend, nous appuyant sur le mode de développement du vagin,

(1) Viannay. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale 1903. No 1 ; p. 23.
(2) Lepage. Cité par Le Cointe, p. 29.
(3) Beauregard et Boulard. Journ. de l'anat. et de la physiol. 1882. T. XVIII. p. 187.
(4) G.-V. Hoffmann. Zeitsch fur Geb. und Gyn. 1878. T. II. p. 4
(5) Pozzi. Loc. cit. p. 1423

que nous avons exposé, nous nous rangerons à l'opinion de Pozzi, à peu près universellement reçue à l'heure actuelle, et nous attribuerons l'origine des cloisons transversales congénitales du vagin à un arrêt de développement, à un défaut de résorption à la réunion des canaux de Muller et du sinus uro-génital.

Cette hypothèse est applicable également à d'autres anomalies de l'économie, tels que les rétrécissements congénitaux des voies biliaires, lesquelles prennent naissance, comme on le sait, par un bourgeonnement venu du duodénum, ou certaines malformations fréquentes de la face.

Et cette manière d'envisager la formation des septums transversaux cadre du reste parfaitement avec les notions embryologiques que nous avons émises, car il fournit en même temps la raison de la fréquence de leur siège au tiers moyen ou à l'union de ce segment avec les segments adjacents. D'autre part, l'existence de cloisons percées de deux orifices latéraux répond évidemment à la non coalescence des canaux de Muller et ces deux orifices ne sont autres que la lumière de ces conduits.

Enfin, normalement, chez certaines femmes, au niveau de la sangle formée par les releveurs de l'anus, on trouve un éperon, une bride transversale (observation Vautrin). Cet éperon est formé par les fibres du releveur qui enserrent le vagin comme une jarretière et occupe alors soit le tiers supérieur soit l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, point où le muscle est en connexion intime avec le conduit, il peut être très saillant jusqu'à former une membrane oblitérante.

Cette membrane peut rendre l'écoulement des règles difficile et on a même signalé le phénomène du « penis captivus » qui est dû simplement à la contraction des releveurs, provoquant un vaginisme supérieur(1).

En résumé, il nous semble, qu'une seule théorie est insuffisante pour rendre compte de tous les faits cliniques, c'est-à-dire, de toutes les variétés de cloisons transversales, ainsi que le disent Audebert et Payrau(2) aussi est-il plus rationnel d'admettre que leur pathogénié relève de causes multiples, causes variables avec leur siège, leur forme et leur nombre.

(1) Hildebrand. Archiv. für Gynaekologie 1872. Faits de Revillout, Benicke, Budin.
(2) Audebert et Payrau. Du cloisonnement transversal et congénital du vagin dans ses rapports avec l'accouchement. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 27 juillet 1902.

ÉTUDE ANATOMIQUE & ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Siège. — La situation des cloisons transversales n'est pas immuable dans le conduit vaginal. Dans les traités classiques, où quelques lignes sont consacrées à cette malformation, on voit que Scanzoni (1) leur assigne comme siège le plus fréquent l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur ; de Sinety (2) à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur ; Follin et Duplay (3) les situent à la partie moyenne. D'autres comme Boyer (4), Nelaton (5), Vidal de Cassis (6), Churchill (7), Gross, Rohmer et Vautrin (8), Duplay et Reclus (9), ne leur fixent aucun siège précis. Lyon (10) affirme qu'elles se trouvent toujours à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur ; c'est là ausssi l'avis de Delaunay, de Calbat (11). Par contre, Viannay les croit plus fréquentes au tiers inférieur ; Kleinwächter et Dohrn partagent la même opinion. Mais beaucoup d'auteurs ne se prononcent pas.

(1) Scanzoni. Traité des maladies des organes sexuels, 1858. p. 420.
(2) de Sinety. Manuel pratique de gynéc. et des malad. des femmes. T. I. p. 145.
(3) Follin et Duplay. Traité de pathologie externe, 1888. T. VII. p. 570.
(4) Boyer. Maladies chirurgicales, 1825. T. X. p. 415.
(5) Nelaton. Eléments de pathologie chirurgicale, 1859. T. V. p. 807.
(6) Vidal de Cassis. Traité de pathol. externe et de méd. opératoire. T. V. p. 317.
(7) Churchill. Traité des maladies des femmes, 1874.
(8) Gross, Rohmer, Vautrin. Pathologie externe, 1893. T. III. p. 455.
(9) Duplay et Reclus. Traité de chirurgie, 1899. T. VIII. p. 68.
(10) Lyon. Essais sur les rétrécissements du vagin, congénitaux et acquis. Thèse de Paris 1887-88.
(11) Calbat. Des malformations accidentelles ou acquises du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Nancy, 1899.

Il s'en faut que dans toutes les observations la distance de l'hymen ou de ses débris au septum soit indiquée, et du reste, les mensurations ne sauraient être absolument exactes. Les uns donnent l'évaluation en centimètres, les autres disent : au tiers inférieur, à l'union du tiers moyen et supérieur. Or, la longueur moyenne du vagin est variable suivant les auteurs. Poirier lui attribue 7 à 8 cms, tandis que Testut ne lui accorde que 6,5 à 7 cms.

Nous résumons dans le tableau suivant, le siège des cloisons transversales d'après les auteurs et les observations où nous l'avons signalé :

Distance de l'hymen à la cloison : 0, à 2,5 cms ou 1/3 infér.	*De 2,5 à 5 cms ou 1/3 moyen*	*De 5 à 7,5 cms ou 1/3 supérieur*
Viannay Bouchacourt Roth Jacobs : 2 cms Broca : 1 cm Textor Upshur Asper Carter Willis Chiarleoni Collon Cabaret Schuh Cullingworth Krimer Batut Forgue, Massabuau Vautrin : 2 cms (deux cas) Weiss : 3 cms	Verchère : 3 cms Beyran : 3 cms Oui : cms Audeber : 3 cms Barnes : 3, 5 cms Osmont : 3, 5 cms Collinet : 3, 4 cms Piachaud : 3, 4 c. Roth (2e) : 3, 4 c. de Sinéty : 2, 4 c. Cazeaux : 3, 5 cms Batlewitz : 4 cms Lyon : 4 cms Collon : 4 cms Heyder : 4 cms Villar : 4 cms Bourdon : 4, 5 c. Delaunay : 4, 5 c. Cartault : 4, 5 c. Ygonin : 5 cms Jarjavay : 5 cms Calbat Dohrn Kleinwächter Fieux et Allain Locatelli Lachapelle Gonnet Bernard Kiwisch Le Cointe Vautrin : releveur anus. Maternité Nancy *(Obs. 104, 1920)*	Choteau : 5, 6 cms Gaulard : 5, 6 cms Pouliot : 5, 6 cms Verchère (2e) : 5,6 c. Magendie - Husté : 5, 6 cms Horwitz Kyri Viannay Picot Gaubric Bué : 6 cms Raulin Tillaux Vautrin : 6 cms (deux cas). Michel

Nous voyons donc que ces lésions se rencontrent avec une forte prédominance à la partie moyenne du vagin, c'est-à dire à une distance de l'hymen ou de ses débris variant de 2,5 à 5 cms (36 fois sur 70 cas), car on les trouve là plus fréquemment que dans les deux autres portions inférieure et supérieure réunies et deux fois plus souvent que dans le segment supérieur et presque 2 fois plus qu'au tiers inférieur. On peut admettre qu'elles sont également rares dans ces deux dernières parties : on ne les observe que 20 fois dans le tiers inférieur et 15 fois dans le tiers supérieur. Et là nous touchons aux deux extrêmes. Bouchacourt signale un cas où la cloison était située à 20 millimètres de la vulve.

OBSERVATION I

Cloison transversale. Grossesse. Accouchement après incision

Bouchacourt (1)

La nommée A..., âgée de 31 ans, entre le 26 août à la Charité de Lyon pour y accoucher. Elle avait déjà des douleurs depuis cinq jours. La sœur accoucheuse en pratiquant le toucher, reconnaît un obstacle membraneux situé à 8 ou 10 lignes de la vulve. Elle fait appeler le Dr Nichet, qui constate à son tour la cloison dont l'orifice admettait seulement le doigt auriculaire. Comme le col était dilaté, on attendit seulement une heure pour voir si la cloison n'allait pas se dilater à son tour, et voyant qu'il n'en était rien, on fit l'incision. Les douleurs cessèrent alors et le seigle ergoté fut impuissant à les réveiller. On appliqua le forceps, et l'accouchement fut heureusement terminé pour la mère. Enfant mort. Quelques jours après, il n'existait plus trace de la cloison.

Il donne ce fait comme un exemple d'anomalie par

(1) Bouchacourt. Bull. de thérapeutique. 1838. T. XIV, p. 285.

transposition de l'hymen, et c'est sur des observations analogues que certains se sont basés pour dire qu'il y avait duplicité de l'hymen, erreur qui a eu cours un certain temps.

Ce septum a pu, au contraire, se trouver tout à fait à l'extrémité supérieure du vagin et mériter la dénomination de phimosis du col utérin que lui donne Viannay dans l'observation suivante :

OBSERVATION II

Phimosis du col utérin par cloisonnement transversal incomplet de l'extrémité supérieure du vagin

VIANNAY (1)

Joséphine R..., 36 ans pas d'antécédents héréditaires.

A. P. — Excellente santé dans l'enfance. 1re menstruation à 15 ans. Pendant deux ans les règles furent normales et ne s'accompagnèrent d'aucune douleur et d'aucun trouble nerveux.

A 17 ans, scarlatine grave. Depuis cette époque, dit la malade, sont apparus des troubles dysménorrhéiques survenant d'abord toutes les trois ou quatre époques et actuellement chaque mois.

Aucun changement appréciable n'est survenu dans ces troubles après le mariage. Mariée à 29 ans cette femme n'a jamais été enceinte. Depuis deux ans, les troubles mentruels que nous allons décrire se reproduisent à peu près régulièrement chaque mois.

Un ou deux jours, quelquefois une semaine avant chaque menstruation, cette femme souffre dans le ventre, a des bouffées de chaleur au visage, de la céphalée. Puis un léger écoulement se produit, rose plutôt que rouge. Au bout de quelques heures cet écoulement s'arrête et la malade est prise alors de très violentes douleurs dans le bas-ventre, s'accompagnant de névralgies et de spasmes dans la moitié droite de la face, et souvent de vomissements qui se répètent jusqu'à 10 et 15 fois en 5, 6 heures. Puis la malade tombe dans un état comateux, perd complètement connais-

(1) Viannay. Revue de Gynécologie, 1903. p. 17. No 1.

sance, écume quelquefois, dit-elle, mais ne croit jamais s'être mordue la langue.

Opération le 24 juin. Une valve postérieure étant introduite, pour maintenir béante la portion inférieure, large, du vagin, on donne à droite et à gauche, les doigts de la main gauche servant de conducteurs, un large coup de ciseaux dans le sens vertical, sur le diaphragme vaginal. On incise ainsi toute l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse jusqu'à ce que ce double débridement ait rendu au vagin son calibre normal.

Le diaphragme vaginal n'a pas l'aspect cicatriciel il paraît complètement constitué par un repli de la muqueuse adossée à elle-même avec un peu de tissu conjonctif et peut-être de tissu musculaire entre les deux feuillets muqueux.

Tamponnement serré pour l'hémostase et pour maintenir béantes les incisions vaginales qui devront se cicatriser par seconde intention.

Suites opératoires : Le 29 au soir, les règles apparaissent sans le cortège des douleurs habituelles.

OBSERVATION III

Cloison falciforme vaginale sous-cervicale Opération. Guérison

Professeur Vautrin

Mlle G..., 22 ans, originaire de la Hte-Saône, m'est adressée pour des troubles menstruels, le 21 juin 1908. Cette jeune fille est pâle, anémiée souffreteuse.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement, elle a toujours présenté une dysménorrhée intense. Au début, la menstruation se produisait à des périodes espacées de 2 à 3 mois, avec des souffrances vives accompagnées parfois de lipothymie. Depuis 2 ans, les règles sont devenues plus fréquentes (toutes les 5 à 6 semaines) et plus prolongées. Les douleurs prémonitoires sont violentes ; elles s'atténuent à l'apparition du sang mais se prolongent jusqu'au cinquième jour environ. A plusieurs reprises l'écoulement sanguin menstruel s'est prolongé 12 à 15 jours. La malade s'est anémiée sérieusement depuis que les pertes sont devenues abondantes.

A l'examen génital on constate un hymen normal et une vulve bien conformée, à lèvres peu charnues. Système pileux peu abondant.

Le vagin est court, serré, en état d'hyperesthésie permanente. Paroi antérieure très courte.

Par le toucher, le doigt rencontre un diaphragme membraneux profond et charnu, présentant sous le plancher vésico-vaginal un orifice en demi-lune pouvant admettre à peine un crayon. Cet orifice ne se laisse point dilater par le doigt ; un hystéromètre le franchit et tombe dans une petite cavité supérieure où se trouve le col utérin.

Un petit spéculum de vierge introduit montre le diaphragme membraneux inséré sur la paroi postérieure du vagin et sur les parois latérales. L'orifice en forme de croissant a 5 millimètres de largeur environ et son bord postérieur se juxtapose contre le plancher vésical, dont l'hystéromètre le sépare aisément. La lumière de cet orifice ne permet pas de voir ce qui se passe au-dessous de lui ; mais on constate que ses bords sont rongés, un peu tuméfiés et qu'il sourd de la cavité supérieure un liquide leucorréique avec des grumeaux en suspension. Grâce à un dilatateur de Siredey, on peut laver la cavité sus-diaphragmatique et on aperçoit des parois rouges et enflammées qui doivent répondre au col utérin.

Durant quelques jours la désinfection du vagin supérieur est pratiquée avec une solution chaude de borate de soude.

L'opération est pratiquée sous anesthésie chloroformique.

Après introduction de deux valves vaginales, le repli falciforme est fendu en son milieu verticalement jusqu'au niveau du plan de la paroi postérieure du vagin. Les tranches de la section sont triangulaires ; elles montrent qu'à sa base le diaphragme a une épaisseur de 5 millimètres environ et entre les feuillets muqueux qui le limitent il existe un tissu cellulo-fibreux très vasculaire.

Des deux côtés de la section, j'excise aux ciseaux les angles du repli et des sutures son exécutés sur les bords de la plaie demi-circulaire ainsi créée sur les parois vaginales postérieures et latérales, de manière à obtenir une ligne d'affrontement demi-circulaire.

Le col apparaît alors à un centimètre au-dessus, il est rouge, oedématié, tapiroïde, avec une lèvre antérieure un peu proéminente. Il est allongé et atrésié. Au toucher on constate que l'utérus est en rétroflexion prononcée. Les ovaires ne sont pas perçus.

La longueur de la paroi vaginale postérieure du cul-de-sac vaginal à la vulve n'est que de 7 cms 5. Il y a donc raccourcissement du vagin et malformation de ce dernier organe, en même temps que rétroflexion utérine. Cette constatation est intéressante au point du vue embryologique.

La malade a parfaitement guéri de sa petite intervention, par première intention. Ultérieurement le col a été dilaté ce qui a amélioré les fonctions mentruelles. La malade n'a plus été revue depuis 1910, époque où je proposai le redressement utérin opératoire, qui ne fut pas accepté.

OBSERVATION IV

Cloison transversale membraneuse du vagin située à 5,6 centimétres de la vulve et perforée de deux orifices

CHOTEAU (1)

Demoiselle X..., 21 ans. Dans le courant de l'année je fus appelé auprès d'une jeune fille se plaignant de douleurs abdominales au moment de ses périodes menstruelles.

Cette jeune fille chloro-anémique, ne présentait rien de particulier dans ses antécédents. Père mort d'hémorragie cérébrale. Frère vivant encore, plus une sœur en bonne santé. Comme antécédents personnels : rougeole dans le jeune âge, pas d'autres affections.

1re menstruation à 14 ans, difficile, douloureuse peu abondante. Depuis, la menstruation est régulière, un peu douloureuse. Pas de grossesse. Jugeant aux douleurs qu'elle présentait qu'il s'agissait de troubles dans les organes génitaux internes, je demandai à faire le toucher pour l'exploration complète des organes.

L'entrée de la vulve fut aisée, mais grand fut mon étonnement de heurter sous l'index à 5,6 centimètres de la vulve contre une membrane, dure, fibreuse, non dépressible sur laquelle je cherchai en vain le col utérin.

Intrigué par cette découverte, je pratiquai chez ma malade un examen complet au spéculum. En voici les résultats :

Vulve un peu plus petite que d'ordinaire, petites lèvres atrophiées.

(1) Choteau. Des cloisonnem. du vagin d'origine congén. Thèse de Lille. 1894.p.27.

Disparition de l'hymen mais présence de caroncules myrtiformes, vagin atrophié ; à 5 ou 6 cms de la vulve, on aperçoit dans le champ du spéculum une membrane dont voici la description :

Le centre de cette cloison a une coloration grisâtre tranchant avec la coloration rosée des parties environnantes. De ce centre partent des travées fibreuses, résistantes, qui en froncent la surface. Ces travées vont en s'épuisant dans le pourtour. Dans l'intervalle des travées fibreuses et suivant un diamètre transversal, se présentent deux orifices situés à 2 ou 3 cms l'un de l'autre. Celui de gauche, de grandeur à permettre la pénétration d'une sonde intra-utérine, a un pourtour bien limité, il est bien arrondi et percé presque à l'emporte-pièce.

Celui de droite s'enfonce obliquement et se dévie latéralement Néanmoins, mais un peu plus difficilement, on peut y introduire l'extrémité d'une sonde.

Les parties latérales du cloisonnement sont soudées d'une façon intime à angle droit aux parois vaginales. Au toucher, l'index perçoit une résistance plus considérable du centre du cloisonnement, formant pour ainsi dire un véritable raphé médian. L'extrémité du doigt insinué dans l'orifice de gauche ne parvient pas à dilater l'anneau fibreux qui le constitue. Une poussée d'avant en arrière pour permettre de se rendre compte de ce qui se trouve derrière le cloisonnement révèle la non dépressibilité de ce diaphragme qui reste tendu, infranchissable.

De prime abord, je restai un peu perplexe, n'ayant jamais rien vu de semblable et cherchant en vain dans mes souvenirs l'explication de cette anomalie.

S'agissait-il d'absence d'utérus ? Les deux orifices constituaient-ils l'abouchement des trompes dans le vagin ? Avait-on affaire à un utérus bipède avec atrophie de l'orifice cervical dans sa portion vaginale ?

Je soumis ma cliente à l'examen de M. le Dr Gaulard, professeur d'accouchements à la Faculté de Médecine de Lille. L'examen de M. le Dr Gaulard confirme l'exactitude de mon observation, mais il s'agissait surtout de déterminer la nature exacte de ce diaphragme et d'établir le rapport du cloisonnement avec les organes utérins masqués par lui.

Une sonde fut introduite dans la vessie. Le toucher rectal pratiqué tandis qu'un aide maintenait la sonde fit percevoir aisément par l'index l'extrémité de la sonde et

de là le peu d'épaisseur des parties molles derrière la cloison.

Le toucher rectal poussé plus profondément révèle la présence assez haut d'un corps triangulaire, à sommet inférieur qui devait constituer assurément l'utérus. Cet utérus est d'un plus petit volume que normalement.

Nota. — J'ai eu depuis occasion d'examiner la malade avant une période menstruelle et la congestion de l'organe en rendant l'exploration plus aisée, m'a démontré que c'était bien l'utérus avec un peu de dilatation de la trompe gauche. Cet utérus est légèrement dévié,

De l'examen ci-dessus on devait écarter l'idée d'absence d'utérus ou du col utérin dans la partie vaginale. L'application du spéculum fût faite alors et une sonde intra-utérine fut introduite avec précaution dans chacun des orifices du diaphragme. Ces sondes démontrèrent qu'on avait affaire à de simples orifices et non à l'extrémité d'un canal. Les extrémités des sondes se heurtaient aisément derrière la cloison.

Leur pénétration était minime sur la partie médiane mais sur les parties latérales les sondes s'enfonçaient plus profondément et démontraient derrière la cloison la présence du col utérin perçu par le toucher rectal et de culs-de-sac vaginaux.

Le diagnostic s'imposait dès lors et c'est devant un cas de cloisonnement tranversal et congénital du vagin que nous nous trouvions. Cloisonnement masquant l'orifice utérin et les culs-de-sac vaginaux d'une façon complète et bien distincte de l'hymen dont la disposition était établie par les caroncules myrtiformes.

Ce cloisonnement était la cause du trouble apporté dans le travail menstruel et avait incontestablement une origine congénitale, car notre malade n'avait jamais eu de vaginite ou de lésions quelconques des organes génitaux qui eussent pu occasionner une vaginite adhésive.

Ce cloisonnement n'avait apporté que des troubles relativement peu graves sur la menstruation et n'avait jamais empêché les rapports sexuels qu'elle avouait avoir subis. Aussi rien n'avait-il attiré son attention du côté des organes génitaux avant notre exploration.

OBSERVATION V (Résumée

Vagin à cloisonnement transversal

Raulin (1)

L'auteur rapporte un cas de cloisonnement transversal du vagin observé chez une jeune femme de 28 ans. La malade avait toujours été bien réglée et c'est à l'occasion d'une fausse-couche de 6 semaines survenue sans cause connue que l'anomalie fut constatée.

A l'examen, le doigt vaginal était arrêté par une fine membrane placée à environ 2 cms en avant du col utérin. Cette membrane était percée d'un orifice circulaire à contours lisses et tranchants ayant les dimensions d'une pièce de 1 fr. L'orifice franchi on arrivait sur le col de l'utérus qui était normal.

Entre les deux se rangent tous les intermédiaires, car il n'est pas un seul centimètre du vagin où on ne les ait observées : Broca à 1 cm., Jacobs à 2, Beyran à 3, Lyon à 4, Ygonin à 5, Bué à 6.

Nombre. — Le nombre des cloisons transversales est sujet à beaucoup moins de variations que leur siège. En règle générale, elles sont uniques ; ainsi en est-il de presque toutes les observations que nous avons pu recueillir. Néanmoins, on a trouvé deux trois et jusqu'à quatre cloisons étagées dans le vagin. Dans ces cas, il y a un écueil à éviter, celui de prendre un hymen persistant pour un septum vaginal. Il sera donc nécessaire afin d'éviter toute méprise de rechercher soigneusement, soit cette membrane elle-même, soit les caroncules myrtiformes. Dans l'observation suivante, dûe à Roth (2), il n'est pas fait mention de l'hymen, mais Delaunay la commentant ne croit pas

(1) Raulin. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bordeaux, 1901. Rev. de Gyn. 1903, p. 314
(2) Roth. Monatschriften für Geburtskunde. T. XIX. p. 150. 1862.

que le diaphragme inférieur le représente et considère qu'il existe bien deux cloisons superposées.

OBSERVATION VI

Dystocie ayant pour cause une obstruction du vagin par une membrane organisée

Il y a un certain nombre d'années, je fus appelé pour accoucher une jeune primipare. La femme était bien portante vigoureuse, âgée de 24 ans. Pendant sa grossesse, elle n'avait rien observé d'anormal dans son état : rien observé de particulier du côté des parties génitales, soit à la vulve, soit plus profondément ; enfin elle n'avait pas non plus remarqué d'écoulement leucorrhéique ou autre pendant cette même époque.

Les douleurs de l'accouchement étaient assez fortes ; elles duraient déjà depuis 24 heures, mais n'avaient pu amener la tête de l'enfant plus bas que le milieu du petit bassin où elle restait fixée.

En l'examinant, je découvris immédiatement derrière l'orifice vulvaire un obstacle membraneux percé d'un trou, dans lequel je pus introduire la moitié de mon doigt qui s'y trouva serré par un rebord assez dur. Cette introduction du doigt fit souffrir la malade. En m'orientant avec plus de précision, je trouvai que l'obstacle était formé par une membrane mince, ayant la forme d'un croissant. Elle était fixée à la paroi gauche du vagin et s'étendait en bas jusqu'au périnée, en haut jusqu'à l'urètre.

Les grandes lèvres étant écartées, je fis une incision avec des ciseaux à la suite de laquelle cette membrane sembla disparaître sans laisser de trace.

Ne trouvant plus d'obstacle, j'introduisis plus profondément mon doigt pour mieux examiner l'état des choses. A mon grand étonnement, je trouvai deux centimètres plus haut un nouvel obstacle semblable au premier qui arrêta de nouveau mon doigt. Là aussi, l'introduction forcée du doigt à travers l'ouverture produisit de la douleur. Cet obstacle était partout uniforme et, comme l'autre, formé par une membrane ténue en forme de croissant, et tendue transversalement. Mais celle-ci était fixée à la paroi droite du vagin s'étendant en bas et en arrière vers la sacrum, en haut et en avant vers la paroi vaginale antérieure, à peu près au niveau

de l'orifice vésical de l'urètre. Le doigt introduit ne pouvait la déchirer, et je fus obligé de recourir au bistouri préalablement entouré de toile dans la plus grande partie de son étendue, pour détruire cette membrane.

Je l'avais à peine touchée que l'obstacle disparut sans qu'il me fut possible d'en retrouver les traces. L'enfant descendit bientôt et l'accouchement se termina sans autre intervention.

Roth ajoute les réflexions suivantes :

Au moment de l'accouchement, quand la force des douleurs occasionne des contractions énergiques, le vagin à son tour, est le siège d'un certain travail ; il se dilate et joue un rôle plus actif, ainsi que le démontre la sécrétion muqueuse qui augmente en quantité. Or ces fausses membranes qui entravaient ce travail plus actif du vagin, n'ont pas du survenir pendant où peu avant l'accouchement leur consistance indique une origine plus éloignée. Mais, je ne puis croire non plus qu'elles aient existé auparavant dans l'état où je les ai trouvées, car, en raison d'un obstacle aussi considérable, on aurait eu recours à un médecin avant l'accouchement.

Labadie-Lalande (1) fait mention d'une femme opérée par Nélaton présentant « trois membranes successives l'une au devant de l'autre et percées d'un très petit orifice que la vue fut impuissante à découvrir. Ce ne fut qu'au moment de l'écoulement des règles qu'on put y parvenir ». — Malgré nos recherches nous n'avons pu retrouver cette observation.

Fristo (2) rapporte un cas où 4 cloisons étaient superposées en plus d'un hymen imperforé qu'un chirurgien avait déjà sectionné.

OBSERVATION VII

Dystocie par oblitération du vagin

Dans la nuit du 15 au 16 novembre 1835, je fus appelé au village de Mandé pour y terminer un accouchement que la sage-femme du lieu ne pouvait amener à bonne fin. J'ar-

(1) Labadie-Lalande. Loc. cit.
(2) Fristo. Gazette des Hôpitaux, 1861. No 96.

rivai à 1 heure du matin chez la veuve K... où je trouvai, misérablement jetée sur la paille, dans une chambre sans feu, une jeune fille de 22 ans, baignée dans une énorme quantité de sang. Depuis 12 à 14 heures elle avait eu des douleurs atroces, de fortes contractions de l'utérus, une hémorragie considérable, des syncopes fréquentes. Sa pâleur et sa faiblesse étaient effrayantes. A tous ces symptômes, je soupçonnai le décollement du placenta ou, peut-être, une position vicieuse de l'enfant, et je me décidai de suite à faire la version par les pieds pour sauver au moins la mère, si ie ne pouvais avoir l'enfant vivant, ce qui n'était plus probable. Mais quel fut mon étonnement quand je portai la main à la vulve, de la trouver obstruée par une membrane percée à son centre d'une ouverture pouvant à peine admettre le petit doigt.

Cet obstacle bien constaté, je le fendis crucialement et j'agrandis assez l'ouverture pour y introduire deux doigts ; mais à quelques lignes de là, nouvel obstacle du même genre, et détruit de la même manière ; et enfin, portant mon exploration plus loin, je trouvai successivement, de l'entrée du vagin à l'orifice de la matrice quatre brides circulaires perforées au centre et offrant un obstacle insurmontable à la tête de l'enfant. Mon doigt n'ayant pu déchirer les membranes, je les détrnisis l'une après l'autre, avec le bistouri. J'agrandis ensuite l'ouverture et dilatai le vagin pour arriver jusqu'à l'orifice de la matrice, que je trouvai très ouvert et presque entièrement effacé derrière la tête de l'enfant qui était en bonne position. Ne voulant pas attendre les chances de l'accouchement par les seules forces de la nature, avec de la patience et quelques efforts, je dilatai suffisamment le vagin avec mes doigts, je pénétrai dans la matrice et bientôt j'amenai par les pieds un enfant à terme, mort, bien constitué et tout à fait exsangue. J'allai ensuite chercher le placenta qui était énorme, racorni et très sec Je restai encore quelque temps près de la malade : Une heure après l'hémorragie avait entièrement cessé, et la patiente se trouvait dans un état aussi satisfaisant que son horrible misère le comportait. Au bout de quelques jours, elle était rétablie et sortait pour mendier.

Curieux de savoir comment survint la grossesse de cette jeune fille, j'osai la questionner et j'appris d'elle les circonstances suivantes : Elle n'était venue chez sa tante la veuve K... que pour cacher sa grossesse et faire ses couches.

A l'époque de la puberté elle a supporté de grands orages pour la première menstruation ; les règles ensuite, ont eu lieu avec difficulté, et leur écoulement ne s'est fait d'une façon à peu près normale que lorsqu'un grand chirurgien, alors à M... « lui a coupé une peau qui fermait le passage » suivant son expression, et qui était probablement l'hymen imperforé. Depuis lors les règles ont coulé, irrégulièrement il est vrai, et jamais le coït n'a pu avoir lieu. Quelques années après la première opération, le même chirurgien consulté de nouveau, a dû répondre que la difformité était incurable. Dès ce moment, cette fille tranquille sur les résultats possibles de ses penchants, n'a fait que « s'amuser » dit-elle, bien persuadée q'avec sa conformation vicieuse, elle ne pouvait devenir enceinte ; erreur à laquelle l'ont fait renoncer l'avis d'un accoucheur et les mouvements de l'enfant.

Le Professeur Vautrin enfin rapporte un cas où il a observé 2 cloisons superposées (Observ. XLVIII) et il fait cette remarque :

Dans ces cas où l'on trouve une série de cloisonnements étagés dans le vagin, on peut noter, en général, que ce conduit manque de souplesse et d'extensibilité. On est autorisé à se demander si ce sont là, des lésions vraiment congénitales, ou s'il ne s'agit pas plutôt de lésions acquises chez des fillettes ayant présenté, dans leur enfance, des accidents de vaginite insidieuse et torpide ?

Aspect. — Ces cloisonnements ont toujours l'aspect membraneux. C'est de ceux-là seulement que nous nous occuperons, comme nous l'avons déjà exposé plus haut. Ils sont placés de champ dans le vagin, séparant ce conduit en deux parties, l'une supérieure où se trouve le col utérin, l'autre inférieure. Leur plan n'est pas toujours perpendiculaire à l'axe du vagin ; ils peuvent être inclinés sur cet axe, et cela

s'observe particulièrement quand on a affaire à une bride en forme de croissant.

OBSERVATION VIII

Grossesse dans un cas de fermeture presque totale, congénitale du vagin

HEYDER (1)

Une cuisinière de 22 ans vint trouver Heyder. Elle dit être enceinte depuis 6 mois. Le 31 décembre 1888, elle est tombée de six marches dans un escalier, ressentit des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen et eut une perte de sang tout de suite après qui dura, abondante, pendant un 1/4 d'heure Pendant ce temps, les douleurs persistaient. A deux reprises, la dernière fois, il y a 4 jours, il y eut une hémorragie qui dura environ 10 minutes. Elle disait avoir ressenti les derniers mouvements de l'enfant, il y a trois jours. Elle est venue à la visite craignant un avortement.

La palpation faisait sentir un utérus correspondant au septième mois. Elle n'avait pas de douleurs expulsives. Il était impossible de déterminer la position du fœtus. Le doigt introduit dans le vagin heurtait à environ 4 cms au-dessus de l'hymen un obstacle en cœcum ce qui rendait impossible une progression plus haute. Une membrane qu'on pouvait déprimer vers le haut, sans aucune ouverture et qui était tellement tendue qu'elle rendait impossible la palpation des parties situées derrière, formait le fond du vagin. Organes génitaux externes normaux ; les restes de l'hymen existent. Seulement après l'introduction d'un petit spéculum de Fergusson on découvrit tout près de la symphyse une petite ouverture de 2 mms de diamètre. A ce moment il n'y avait pas d'hémorragie.

Anamèse. — A l'âge de 3 ans, un tombereau était passé sur elle, il en restait deux cicatrices le long de la partie gauche de l'abdomen et une le long de la grande lèvre gauche. Pas de suite. Première menstruation à 15 ans. Elle fut examinée par un médecin qui dit que plus tard elle devrait subir une petite opération. Réglée toutes les 4 semaines, régulièrement. Durée 3 jours. Aucun malaise.

(1) Heyder. Archiv. für Gynaekologie, 1889. p. 502.

4 rapports sexuels depuis 1887, pour la dernière fois le 5 août. Dernières règles du 28 au 30 juillet.

Par le rectum, on pouvait palper la partie antérieure du bassin. On sentait très bien une sonde et on pouvait reconnaître une formation qu'on pouvait désigner comme portion vaginale bien qu'elle ne fut pas très clairement perceptible.

On diagnostique donc avec certitude : septum membraneux dans le tiers inférieur du vagin avec vagin normal.

On pouvait montrer qu'entre les restes de l'hymen et la membrane, il y avait un intervalle de 3,5 cms à la paroi postérieure du vagin et de 2,5 cms à la paroi antérieure, donc la membrane était oblique.

Intervention sous chloroforme. — On introduit une sonde par l'ouverture et on divise au thermocautère la membrane en deux lambeaux demi-circulaires. On prit un lambeau avec une pince, puis l'autre et on les enleva aux ciseaux. La plaie est fermée par des sutures à la soie. Hémorragie assez forte, facilement maîtrisée par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Derrière la membrane, le vagin avait sa constitution normale. Guérison sans incident en huit jours.

Leur surface a la même teinte rosée que la muqueuse vaginale et généralement en leur milieu on aperçoit suivant une ligne antéro-postérieure, un liseré plus grisâtre, quelquefois presque nacré, semblable à du tissu cicatriciel, véritable raphé médian, indiquant le lieu de coalescence des deux parties latérales. De ce liseré médian partent des plis qui irradient vers les parois latérales du canal.

Elle a donc le plissé d'une collerette. Boens l'a décrit d'aspect muco-cutané. Quelquefois elle peut être régulière et polie, mais dans la généralité des cas elle offre plus de relief. Gonnet, dans l'observation ci-après, y reconnaît des anfractuosités, des logettes.

OBSERVATION IX

Un cas d'imperforation apparente du vagin au cours de l'accouchement

GONNET (1)

Primipare de 19 ans, amenée à 10 heures du soir à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Veron avec un mot d'un médecin disant : « Il existe une malformation vaginale qui empêche le toucher digital et ne permet pas de faire un diagnostic précis ».

La grossesse a été tout à fait normale, la malade est enceinte d'environ 8 mois.

A l'entrée, 10 heures. Palper : tête mobile au détroit supérieur.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal percus très précipités sur la ligne médiane à égale distance de la symphyse et de l'ombilic.

Toucher. — On rencontre à l'entrée du vagin une cloison qui s'oppose complètement à l'introduction du doigt. Cette cloison est disposée perpendiculairement à l'axe du vagin, comme un hymen : elle s'insère un peu au-dessous du méat et en arrière, à deux doigts au-dessus des débris hyménéaux qui sont très nets. Cette membrane est charnue et vasculaire. Elle présente des anfractuosités, de petites logettes arrondies et dépressibles. En aucun point, avec le doigt ou la sonde cannelée, on ne trouve de pertuis permettant d'arriver sur le col utérin,

A chaque douleur, cette membrane bombe, violacée à la vulve et menace de se rompre.

A 11 heures, les bruits du cœur ne sont plus perçus. Anesthésie au chloroforme.

Au centre de la membrane est pratiquée, avec les ciseaux, une petite ouverture de 1 cm environ. Aussitôt et très brusquement la membrane s'ouvre et disparaît, comme un rideau qui se tire, sans hémorragie, et le doigt touche une poche des eaux normale.

Elle est perforée, et la main aussitôt introduite, rencontre un coude et une épaule droite, le dos en arrière.

Une version podalique est pratiquée immédiatement sans difficulté, pas de déchirure du périnée.

(1) Gonnet. Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris, 1908.

L'enfant pèse 2000 grammes. Son cœur ne bat plus. Délivrance normale 25 minutes après l'accouchement. Placenta, 400 grs. Suites de couches complètement apyrétiques.

La malade, interrogée le lendemain sur ses antécédents donne ceux qui suivent :

Règlée à 16 ans, régulièrement, sans incident. Jamais de rétention de sang menstruel.

Mariée depuis 9 mois, elle dit n'avoir jamais souffert au moment des rapports. Son mari ne s'est jamais aperçu de quelque chose d'anormal.

Elle paraît très étonnée de sa malformation.

A son départ, 15 jours après, un examen permet de constater.

1°. — L'existence de débris hyménéaux caronculaires normaux ;

2°. — Les vestiges de la cloison vaginale constatée au moment de l'accouchement. Ils sont situés à 2 cms au-dessus de l'hymen, faisant un bourrelet circulaire irrégulier, en saillie, dans la lumière du vagin mais paraissant incapable de gêner un accouchement ultérieur.

Pouliot (1) y note des valvules en nid de pigeon.

OBSERVATION X

Cloison transversale du vagin. Diagnostic d'une grossesse au 3e mois après dilatation d'un orifice minuscule

Le 11 février, la nommée Julie B... se présentait à la consultation externe de la Maternité de l'Hôpital St-Louis. Agée de 32 ans. Elle n'avait jamais souffert de troubles de menstruation. Celle-ci, établie un peu tardivement, se reproduisit régulièrement chaque mois sans s'accompagner de phénomènes douloureux.

Mariée à 24 ans, la femme B... n'avait jamais jusqu'ici remarqué de retard de règles. Or elle a perdu du sang pour la dernière fois dans les derniers jours de novembre, et c'est en raison de cette supression de règles, qu'elle vient consulter. Elle accuse en outre quelques nausées. Les seins sont augmentés de volume ; leur aréole est fortement pigmentée et parsemée de tubercules de Montgoméry. Le palper abdominal permet de sentir à deux travers de doigt au-dessus

(1) Pouliot. Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1909.

de la symphyse pubienne, et à droite, une tuméfaction arrondie, qui paraît être le fond de l'utérus ; une grossesse au début semble bien vraisemblable Mais, en pratiquant le toucher pour confirmer ce diagnostic, un externe du service, puis notre maître, M. Boissard, sont arrêtés dans leur exploration par un obstacle imprévu.

A une profondeur d'environ 5 à 6 cms, leur doigt rencontre une surface à peu près lisse, résistante, sur laquelle on ne perçoit pas le moindre orifice et qui ne permet pas d'arriver sur le col utérin ; la première impression serait donc celle-ci : absence de développement du col de l'utérus. Mais en explorant plus attentivement ce qui paraît former le fond du vagin, on constate que cette apparence est vaine; il ne s'agit que d'une membrane souple, dépressible, au delà de laquelle le vagin doit se prolonger.

Un rapide examen au spéculum n'apporte guère de renseignements nouveaux et ne permet, en particulier, de découvrir aucun orifice dans cette membrane qui constitue évidemment une cloison transversale du vagin.

Le 23 mars, la femme B.. revient à nouveau dans le service. Après anesthésie, elle est placée en position gynécologique.

On ne constate aucune malformation de la vulve, ni du canal vestibulaire. Deux valves sont introduites dans le vagin, ce qui permet d'apercevoir et d'abaisser, à l'aide d'une pince à deux dents, la cloison vaginale. Celle-ci se présente sous la forme d'une membrane modérément tendue, à direction franchement transversale, légèrement plissée à sa surface. Un peu en avant et à gauche de son centre, on aperçoit un repli semi-lunaire à concavité dirigée en avant et à gauche, repli qui représente le bord libre d'une valvule en nid de pigeon ; en réclinant cette valvule, on en devine, au toucher plutôt qu'à la vue, une deuxième plus petite située sur un plan plus profond et présentant une orientation diamétralement inverse.

C'est évidemment dans la petite cavité, limitée par ces deux valvules que se trouve l'orifice dont l'existence est attestée par l'écoulement régulier du sang menstruel.

L'index ne peut arriver à découvrir ce pertuis l'hystéromètre ne s'y engage point davantage, et ce n'est qu'après une minutieuse exploration que le Dr Boissard arrive à y faire pénétrer le bec d'une sonde cannelée. Celle-ci est remplacée par un dilatateur de Sims, qui a tôt fait de donner à l'orifice un diamètre suffisant pour admettre l'index.

Par le toucher on arrive alors sur le col de l'utérus qui est fortement rejeté à gauche. Par le palper combiné on reconnaît que la masse perçue au-dessus de la symphyse lors du précdent examen est bien le corps utérin fortement dévié a droite. Le pourtour du museau de tanche est légèment ramolli ; le segment inférieur commence à bomber.

Le diagnostic s'impose : il s'agit d'une grossesse à la fin du deuxième mois. Mais il y a lieu de faire des réserves sur l'avenir de cette grossesse ; l'utérus pourrait présenter quelque anomalie de développement étant donnée sa direction ou plutôt sa forme inusitée et la coïncidence d'une cloison vaginale.

Leur périphérie se continue sans ligne de démarcation apparente avec la muqueuse vaginale.

La cloison peut être complète, isolant totalement le segment vaginal supérieur du segment inférieur. Sur 65 observations où ce détail est mentionné nous trouvons 14 fois cette disposition.

Elle peut être percée d'un orifice occupant habituellement le centre, plus rarement la périphérie et, de préférence alors, la partie supérieure. Elle affecte alors la forme d'un diaphragme « à la façon du diaphragme d'un instrument d'optique », dans le tube qui le contient. 36 observations sur 65 se rattachent à cette catégorie.

Beaucoup plus rarement cette membrane est perçée de 2 orifices. Ils sont alors placés sur une ligne transversale, à égale distance du liseré grisâtre vertical qui est particulièrement visible dans ces cas à 2 ou 3 cms l'un de l'autre. Nous en avons relevé 7 cas seulement.

OBSERVATION XI

Cloison transversale congénitale du vagin Opération. Guérison

JARJAVAY (1)

Un cas très curieux de vice de conformation du vagin

(1) Jarjavay. In Delaunay. Loc. cit., p. 26.

s'est présenté dans notre service, cas pour lequel M. Jarjavay a pratiqué une opération qui a été suivie d'un plein succès.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, la nommée H... d'une constitution forte et d'une santé habituellement bonne. Elle a été réglée à l'âge de 16 ans, le liquide des règles est toujours sorti sans douleurs.

Atteinte d'une blennorrhée 3 mois avant son entrée à l'Hôpital, elle fut examinée au spéculum par un médecin qui fut surpris de ne pouvoir introduire l'instrument au delà de 5 à 6 cms dans le vagin. Il reconnut par le toucher que ce canal se terminait en cul-de-sac.

Cette jeune fille entre à Lourcine le 4 juillet, atteinte de plaques muqueuses. Pilules de protoïodure de mercure de 3 cgrs ; les plaques muqueuses sont touchées avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent.

3 semaines après l'entrée de la malade à l'Hôpital, voulant examiner le col de l'utérus, M. Jarjavay, introduit le spéculum qui est arrêté à près de 5 cms de profondeur. En écartant les valves de l'instrument, il reconnaît la présence d'un cul-de-sac avec deux petits orifices sur les parties latérales. Par le toucher il constate la présence du col de l'utérus derrière ce cul-de-sac ; il peut même introduire l'extrémité du doigt indicateur dans l'orifice latéral gauche et toucher le col, quoique avec difficulté ; il n'existe aucune trace de cautérisation antérieure et la malade affirme qu'elle n'a jamais subi aucune opération. Un examen plus détaillé permet de constater une grossesse d'environ 4 mois.

Le 6 août, M. Jarjavay propose à la malade la section de la bride transversale qui cloisonne le vagin, et avant de tenter l'opération, introduit la sonde de Belloc par l'orifice droit et la fait ressortir par l'orifice gauche. C'est avec difficulté que l'orifice gauche a reçu la sonde.

Le 11 août, la malade qui n'a pas voulu subir l'opération à l'hôpital, est opérée chez elle de la manière suivante:

La malade étant couchée sur son lit, est placée comme pour l'opération de la taille, la sonde de Belloc armée d'un fil, est passée dans l'orifice droit, qui occupe l'extrémité droite de la cloison, puis la tige centrale étant poussée, le ressort ramène l'extrémité mousse de l'instrument vers l'extrémité gauche de cette cloison. Le doigt introduit dans le vagin pousse l'orifice gauche sur le bouton de la sonde, celui-ci sort avec le fil.

Aussitôt M. Jarjavay amène le fil au dehors et attire en

bas et en avant la sonde et le fil qui tient à elle ; il en résulte une tension de la cloison transversale sur l'anse métallique de l'instrument. Prenant alors un bistouri courbe, M. Jarjavay incise couche par couche sur la lame de métal et d'avant en arrière la cloison ainsi attirée en bas ; il reconnaît successivement, la section de la muqueuse, puis du tissu cellulaire sous-muqueux et enfin la section d'une autre lame muqueuse ; celle-ci coupée, l'anse métallique est libre et rétirée en dehors, il s'est écoulé une très faible quantité de sang.

Le spéculum est aussitôt introduit ; il pénètre aussi profondément que dans l'état habituel et le col se présente à l'extrémité de ses valves écartées.

De la charpie est placée entre les deux parois antérieure et postérieure du vagin, pour éviter une adhésion des lèvres de la plaie.

Au bout de 6 jours, la cicatrisation est achevée isolément sur chaque paroi. La malade n'a ressenti aucun incident de cette opération.

OBSERVATION XII

Verchère (1)

X... 19 ans, entre dans mon service avec le diagnostic : urétrite et vaginite. C'est une fille mince, pâle, fatiguée, ayant supporté la misère et qui depuis deux mois, forcée d'interrompre son travail, a commencé à demander à la prostitution le moyen de gagner quelque argent. Jamais elle ne ressentit la moindre douleur en exerçant ce dernier métier, et jamais aucun de... ses clients ne se plaignit de ce qu'elle lui vendait. Depuis quelques jours elle s'est aperçue qu'elle perdait en blanc et que des taches verdâtres se dessinaient sur son linge.

Je l'examine et trouve la vulve plus rouge qu'à l'état normal, l'orifice urétral donne un écoulement abondant jaune verdâtre.

Je me mets en devoir de toucher pour me rendre compte de l'état de l'utérus ; mais quel n'est pas mon étonnement de sentir mon index arrêté, et cela très solidement, par un obstacle siégeant à 3 cms de l'orifice du vagin. Il y avait là une résistance impossible à vaincre et que la

(1) Verchère. Du cloisonnem. tranver. et cong. du vagin; Rev. de clin. et de thérap, 1894.

malade me dit avoir toujours ignorée et aussi toujours été ignorée de tous ceux qui ont dû s'y heurter.

Le moulage de cette malformation donne l'aspect que l'on obtenait en écartant avec deux doigts les lèvres de l'orifice vaginal. On découvrit ainsi un cul-de-sac, en doigt de gant, dont les parois étaient formées par la muqueuse vaginale et le fond par un véritable diaphragme continu.

Sa couleur différait de celle de la muqueuse ; au niveau on voyait une teinte gris-rosé, surtout sur la partie moyenne, et dessinait sur ce point une ligne antéro-postérieure formant un véritable raphé, des parties latérales duquel s'écartaient des lignes parallèles gris-rosé aussi, allant se perdre vers les parties latérales au niveau des parois du vagin.

Vers les angles supéro-externes de ce diaphragme on pouvait reconnaître l'existence de deux petits orifices, cachés au fond de replis muqueux. Ces petits orifices étaient parfaitement perméables et donnaient accès au vagin situé au-dessus du diaphragme. Il était possible d'introduire un stylet dans chacun des orifices et on pouvait sentir que la pointe des stylets était libre dans le vagin. De plus, les deux stylets se heurtaient et venaient démontrer que l'on était en présence de deux orifices et non de deux canaux. L'épaisseur de la coison était de 3 à 5 mms et ne se prolongeait pas dans le vagin.

Par le toucher rectal on percevait très nettement l'utérus normal, nullement atrophié, et sur les côtés, ses annexes.

La malade était réglée irrégulièrement, subissant des retards de deux, trois mois mais cependant n'ayant jamais souffert, n'ayant jamais présenté aucun symptôme de rétention du sang des règles.

Plus rares encore sont les faits où ces orifices sont plus nombreux. Il paraissait en être ainsi dans le cas présenté par Deville à la Société anatomique : « M. Deville fait voir à la Société un vagin sur lequel on observe une cloison membraneuse perforée de trous ». (1)

« M. Cruveilher remarque qu'il a eu, étant à Limoges, l'occasion d'observer un fait du même genre sur une femme jeune encore. Il survenait des accidents au moment des règles ».

(1) Deville. Bull. de la Soc. Anat., 1846. p. 13.

Enfin, ainsi que nous l'avons déjà signalé, ces cloisons peuvent n'être que des brides, des replis falciformes, en forme de croissant, dont les deux extrémités effilées s'insèrent sur les parois latérales du vagin, soit l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure. Ils peuvent obliquer dans tous les sens, d'avant en arrière, de droite à gauche. Bien que nous n'en ayons trouvé que 7 fois sur 65 nous pensons qu'à ce degré cette malformation doit être plus fréquente, mais passe souvent inaperçue par le peu de gêne et de symptômes qu'elle comporte.

Breibsky signale même des brides transversales disposées en spirale.

Quand ces septums sont perforés, le Diamètre de l'orifice est des plus inconstant. Parfois, il peut admettre l'extrémité de l'index, daus le fait rapporté par Picot, par exemple.

OBSERVATION XIII

Bride vaginale. Déchirure spontanée de cette bride au moment de l'accouchement

Picot (1)

Henriette B..., 24 ans, lingère. Rien à noter comme antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à 13 ans et, depuis, irrégulièrement. Primipare. Dernières règles le 20 mai 1889. Mouvements actifs en septembre. Grossesse normale.

Le 10 mars 1890, les premières douleurs se déclarent vers 8 heures du matin, et la femme arrive à la clinique Baudelocque à 4 heures du soir le même jour. On constate la présence d'un enfant vivant et se présentant par le sommet en G. A. Par le toucher, on trouve le col effacé et,

(1) Picot. Malformation de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1891.

immédiatement en avant du col à gauche, une bride vaginale à forme de disque biconcave.

Le travail marche régulièrement ; à 10 heures du matin le 10 mars, la dilatation est complète ; M. le Professeur Pinard pratique le toucher et constate ceci : sur la ligne médiane et se dirigeant à droite, le doigt rencontre un repli qui semble faire suite directement au bord utérin gauche ; mais, en insinuant le doigt entre la tête et ce bord, on trouve que ce doigt est doublé en avant et en arrière par un repli falciforme, de sorte que, à l'heure actuelle, la tête a à lutter contre deux orifices.

Au moment de l'expulsion, la bride cède et l'accouchement se termine par l'expulsion d'un enfant vivant du poids de 3010 grammes.

Le travail avait duré 26 heures, et la période d'expulsion 38 minutes. Les suites de couches sont physiologiques, et la femme quitte la clinique le 11e jour.

OBSERVATION XIV

Bride transversale, probablement congénitale Nécessité d'une intervention au moment de l'accouchement

LYON (1)

La nommée Maggie M... se présente à l'hôpital de Bellevue de New-York, le 26 octobre 1884. 27 ans. Primipare. Réglée à 17 ans, régulièrement et sans douleur. Grossesse normale. Présentation céphalique gauche.

Toucher vaginal : à 4 cms de l'orifice antérieur du vagin, diaphragme circulaire percé d'un trou à son centre. La face antérieure de la bride, lisse, se continue exactement avec les parois vaginales. L'orifice central est plus rapproché de la paroi supérieure du vagin que de la paroi inférieure. On introduit la phalangette de l'index à travers l'orifice qui la serre fortement.

27 octobre. Douleurs expulsives dès 5 heures du matin. Midi : la bride, fortement tendue, coiffe la tête et résiste d'une façon absolue. 2 heures : la tête n'avance pas, la membrane ne se rompt pas. L'interne du service, introduisant l'index gauche dans l'orifice ainsi qu'une des branches d'une paire de ciseaux courbes, incise la bride de gauche à droite.

(1) Lyon. Essai sur les rétréciss. cong. et acquis du vagin ; Thèse de Paris, 1887.

Aussitôt, la bride cède complètement dans toute son étendue. L'accouchement est terminé sans accident.

D'autres fois, l'orifice peut être réduit à un fin pertuis que l'on n'arrive même pas à découvrir dans les périodes intermenstruelles et pour y faire pénétrer un fin stylet de trousse, il faut attendre que l'écoulement cataménial, faisant pression sur la membrane, permette au sang de suinter goutte à goutte. Tel est le cas rapporté par Nélaton, cité plus haut, et ceux de Cazeaux, Kiwisch, Boens et Bué.

OBSERVATION XV

Cloison membraneuse transversale

Kiwisch (1)

En 1849, se présenta à la clinique gynécologique de Prague, une jeune femmme mariée depuis peu, souffrant depuis l'âge de 17 ans environ d'aménorrhée; il y avait, cependant, à des époques régulières, des efforts menstruels bien caractérisés, puis l'on vit, à la suite de tous ces symptômes, se développer de la chlorose. Dans sa 21e année, la malade, après avoir été tourmentée pendant quelques jours d'une colique utérine très violente, rendit tout à coup une grande quantité d'un sang noir et fétide. Dès lors sa menstruation fut régulière, mais peu abondante; elle vint à l'hôpital nous consulter, parce que le coït ne pouvait avoir lieu qu'imparfaitement et était toujours accompagné des douleurs les plus violentes. A l'exploration, le peu de longueur du vagin nous frappa; à son extrémité supérieure, il était obstrué par une membrane transversale très mince, à laquelle le doigt ne reconnaissait aucune trace d'ouverture. Ce ne fut qu'en explorant minutieusement avec le spéculum que nous aperçumes, à peu près au milieu de cette membrane, une ouverture irrégulière, en forme d'entonnoir, par laquelle nous pûmes introduire une sonde de petit calibre jusqu'à environ 2,5 cms de profondeur. Kiwisch dilata cette ouverture au moyen du bistouri à fistule de Savigny,

(1) Kiwisch. In Scanzoni. Loc. cit. p. 420.

de manière à pouvoir pénétrer avec le doigt dans le fond du vagin, dans lequel se trouva le museau de tanche parfaitement normal.

OBSERVATION XVI

Boens (1)

Femme de 30 ans, mariée depuis 10 ans, n'ayant jamais eu d'enfants. Elle était décolorée avec les chairs molles et flasques et une apparence cachectique, malgré les nombreux traitements qu'elle avait fait pour combattre cet état chloro-anémique.

M. le Dr Boens consulté, fut frappé de l'insuccès des médications qui d'ordinaire exercent une influence si favorable sur la chloro-anémie. Après avoir exploré avec soin tous les viscères, qu'il trouva dans un état de fonctionnement irréprochable, il demanda à faire l'examen des organes génitaux qui n'avait jamais été pratiqué par aucun des médecins auxquels la malade s'était précédemment adressée. La menstruation était régulière mais peu abondante.

Le toucher vaginal permit à M. Boens de constater l'existence, à une petite distance de la vulve, d'une cloison qui se laissait déprimer facilement dans le sens de la profondeur du canal. Il reconnut, à l'aide du spéculum, que cette cloison, complète en apparence, avait un aspect mucocutané, sans pertuis visible, bien que l'existence de l'écoulement menstruel, revenait régulièrement chaque mois et ne laissait pas le moindre doute sur la réalité de la perforation de la cloison. M. Boens demanda donc à faire un nouvel examen à l'époque des prochaines règles. Cet examen fut pratiqué et permit de voir, vers le centre de la cloison, un petit orifice, presque imperceptible, par lequel suintait goutte à goutte le sang menstruel. M. Boens introduisit dans cet orifice un stylet cannelé au moyen duquel il pratiqua, avec le bistouri, l'incision de la cloison. Un an après cette opération, la jeune femme accouchait d'un enfant bien portant ; elle-même était complétement guérie de cette chloro-anémie qui avait résisté jusque là à toutes les indications rationnelles.

---

(1) Boens. Archives de Tocologie. 1878.

OBSERVATION XVII

Cloisonnement transversal du vagin

Bué (1)

En novembre 1901, j'examinai une primipare de 29 ans, en travail depuis plusieurs heures, chez laquelle on a constaté une obstruction complète du vagin, vers le milieu de ce canal, par une cloison membraneuse, à travers laquelle on sent le col utérin en voie de dilatation.

Règles régulières depuis l'âge de 16 ans jusqu'au mois de février 1901, date du début de la grossesse qui est arrivée à terme sans que la malformation ait jamais été soupçonnée. Le mari nous a avoué cependant qu'il lui avait toujours paru extraordinaire de ne pouvoir avoir des rapports bien complets depuis 4 ans qu'il est marié. Mais il ne chercha jamais à en reconnaître la cause.

A 8 heures du matin : utérus volumineux remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Contractions intenses. Présentation : sommet en OIGA.

Ce qui frappe tout d'abord en pratiquant le toucher vaginal c'est la briéveté relative du vagin. A 6 cms environ de la vulve le doigt est arrêté par un obstacle, qui n'est autre que la cloison constatée par mon confrère. Au dessus de cette cloison qui se laisse refouler par le doigt, on sent les bords de l'orifice utérin en voie de dilatation ; on perçoit même la saillie formée par la poche des eaux au moment de la contraction utérine. Cette poche vient alors appuyer sur la cloison elle-même

En recherchant l'orifice de communication que je suppose exister entre les deux segments vaginaux, le doigt perçoit à peu près au centre de la cloison une dépression légère qui ne donne pas la sensation d'un orifice véritable.

Pour me rendre un compte exact de l'aspect de cette membrane, je plaçai deux valves de Sims : elle m'apparut de coloration violacée. En son centre, je vis filtrer quelques bulles d'air et de liquide qui m'indiquèrent la situation exacte de l'orifice, dans lequel je pus introduire un hystéromètre. Quand à y faire passer le doigt, il n'y fallait pas

(1) Bué. Dystocie par brides et cloisonnements du vagin d'origine congénitale. Ann. de la Soc. d'Obstétrique de France. 1901-02.

songer; une première tentative m'en démontra aussitôt l'impossibilité.

Dilatation du col: 4, 5 cms. La tête fœtale n'appuyait nullement sur la cloison. 3 heures plus tard la dilatation était complète, autant qu'il fut permis de le constater à travers la cloison. La poche des eaux bombe fortement pendant les contractions et refoule devant elle la cloison vaginale, dont l'orifice n'a pas augmenté de diamètre.

Après avoir placé à nouveau les valves de Sims, je commencai la dilatation de ce pertuis, en y introduisant successivement toute la série des bougies de Hégar, sans la moindre résistance ni difficulté. Dès lors, je pus introduire deux doigts, puis trois, quatre et enfin la main entière. Cette dilatation ne produisit qu'un écoulement sanguin insignifiant.

De la cloison on ne sentait plus que la circonférence se confondant avec la paroi vaginale. A ce niveau, celle-ci est plus dure, moins souple, moins extensible.

Application de forceps. Dès que la tête fœtale présenta sa grande circonférence, au point d'insertion circulaire de la cloison, je me sentis arrêté par un obstacle invincible. Le canal vaginal se refusa à toute dilatation plus ample. L'instrument fut enlevé et nous prîmes le parti d'attendre.

Deux heures plus tard, les choses étaient toujours au même point; légère bosse séro-sanguine sur la tête fœtale qui n'avait pu franchir le rétrécissement vaginal. Anesthésie chloroformique. Nouvelle application de forceps aussi infructueuse que la première. Les battements du cœur fœtal sont très accélérés.

La cloison vaginale a disparu en tant que cloison par la dilatation et la paroi vaginale qui fait obstacle. On se propose de la sectionner, mais pendant le temps nécessaire à chercher les instruments, le fœtus meurt.

Dès lors, il ne fut plus question de sectionner le vagin. Je fis la basiotripsie qui me permit d'extraire assez facilement un enfant assez volumineux (3.600 grs) une anse du cordon ombilical avait été pincée entre la tête et l'extrémité de l'une des cuillers du basiotribe.

Hémorragie assez abondante. Délivrance artificielle Tamponnement du vagin. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII

F. Barnes (1)

Barnes rapporte un cas de travail avec atrésie vaginale chez une patiente qui a été vue par Edis peu de temps après son mariage. Il y avait un court cul-de-sac ayant à peine un pouce de long, à la place ordinaire du vagin, avec une simple ouverture de la dimension d'un trou d'épingle à la partie supérieure.

La patiente conçut évidemment après son mariage. On a affaire à un septum situé entre le cul-de-sac et le col utérin et Barnes dut le sectionner pour que la présentation de la tête puisse se faire.

Accouchement au forceps. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Les auteurs qui ont pris soin d'apprécier le diamètre de l'orifice donnent les dimensions suivantes :

Raulin. — Pièce de 1 fr.

Bouchacourt, Lyon, Picot, Le Cointe, Weiss, Fruhinsholz. — Orifice admettant l'extrémité d'un doigt.

Danyau. — 12, 15 mms.

Delaunay, Bourdon, Vautrin. — 5, 6 mms.

Magendie-Husté, Cullingworth, Choteau, Kyri, Rossignol, Vautrin. — Diamètre d'une sonde cannelée, utérine ou d'une plume d'oie.

Boens, Verchère (Observation XL), Michel. — Stylet, Barnes. — Trou d'aiguille.

On a cité des cas où un diaphragme a pu s'obturer complètement. Un exemple remarquable est celui de l'observation suivante, due à Roth, où le pertuis aurait disparu pendant la grossesse. Le même fait se présente dans l'observation de Gonnet (voir plus haut).

(1) F. Barnes. A case of labour with atresia vaginae. Trans. obst. Soc. London. 1884, XXV, 99.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Obturation complète du vagin chez une femme enceinte

ROTH (1)

Veuve. 44 ans. Primipare. Ventre volumineux. Cette femme nie toute grossesse. A l'examen, on trouve tous les signes d'une grossesse à terme. Au toucher le bout du doigt vient heurter à peu près, vers la partie moyenne du bassin, contre une cloison fortement tendue, si tendue qu'on ne peut examiner les parties situées au-dessus. Elle obturait si complètement le vagin dans toute son étendue, qu'on ne pouvait nulle part trouver d'orifice; au toucher cette membrane donnait la sensation du velours. La femme n'avait jamais eu de maladie du côté de ses parties génitales. On arrache la membrane avec des pinces et l'accouchement se fait spontanément.

Roth ajoute : Ce cas d'obturation des parties génitales au point d'empêcher l'accouchement, a dû, nécessairement, survenir pendant la grossesse, soit à la suite d'une maladie, soit à la suite d'une lésion traumatique pratiquée dans une intention criminelle. Il est intéressant, car il nous montre comment une membrane anormale a pu s'organiser au point de prendre l'apparence d'une masse charnue et d'acquérir une consistance considérable.

OBSERVATION XX

Grossesse de 4 mois 1/2 chez une femme dont le vagin est fermé par un hymen ne présentant qu'un orifice minuscule et par une cloison transversale complète et à orifice imperceptible.

VALLOIS (2)

P. C.., 22 ans, couturière, entre à la clinique obstétricale de Montpellier le 7 février 1901, à 6 heures 1/2 du soir.

Premières règles à 14 ans. Écoulement menstruel pâle, peu abondant, ne durant que 2 jours. Règles irrégulières.

Il y a 4 ans, absence de règles pendant 5 mois, avec

(1) Roth. Loc cit.
(2) Vallois. Ann. de la Soc. obst. de France, 1901-02. p. 36

symptômes d'anémie. Le retour des règles n'a été marqué ni par une hémorragie abondante, ni par l'expulsion de caillots.

Premier rapport sexuel il y a un an Depuis cette époque, rapports tous les huit jours environ. Ils sont toujours douloureux. Jamais ils n'ont déterminé de perte de sang. Elle se rendait compte que l'acte ne se passait pas normalement.

Depuis octobre, douleurs abdominales, envie de vomir, diminution de l'appétit. Constipation.

Le 7 février, pertes rouges qui continuent toute la journée. Douleurs de plus en plus violentes et fréquentes.

Le doigt qui pratique le toucher est arrêté par une membrane assez souple mais résistante, formant un cul-de-sac ouvert au dehors et profond de 2 cms environ. Cette membrane ferme le vagin. Le doigt qui déprime la membrane constate qu'il existe plus haut dans le vagin, une masse assez résistante. Le toucher rectal permet aussi de sentir cette masse qui semble se continuer avec l'utérus.

Les grandes et les petites lèvres étant fortement écartées, on peut apercevoir le fond du cul-de-sac hyménéal. En cherchant bien d'où vient l'écoulement sanguin, je découvre une petite ouverture de la dimension d'une tête d'épingle environ. Je parviens à dilater cet orifice en introduisant d'abord un fin stylet, puis un dilatateur de Huguier, puis un dilatateur de Sims. Je termine par un débridement latéral.

Mon doigt pénètre dans une cavité qui semble bien être le vagin, mais qui est fermée en haut par une membrane résistante. Le toucher ne fait constater aucun orifice dans cette membrane. Je pense avoir à faire à un cloisonnement transversal du vagin dont l'orifice, qui livre passage au sang, est trop petit pour être perceptible au doigt.

Un bistouri est introduit sur la pulpe de mon index et incise la membrane. Puis tandis qu'une sonde introduite dans la vessie, porte l'urêtre en haut, mon index gauche est introduit dans le rectum ; avec un bistouri boutonné, j'agrandis, à droite et à gauche, l'incision qui vient d'être faite. Mon doigt arrive alors directement sur les parties fœtales. Le col est dilaté et le fœtus paraît être en partie dans le vagin, en partie dans l'utérus.

Extraction du fœtus dont la tête se détache complètement du tronc. Extraction de la tête. Injection intra-utérine iodée.

La femme est examinée environ trois semaines plus tard. On constate que le vagin tend à se rétrécir là où primitivement existait la cloison transversale.

A notre avis, l'interprétation de Roth attribuant à des manœuvres abortives l'occlusion de cette membrane nous semble erronée. Que l'orifice ait disparu pendant la grossesse, nous voulons bien l'admettre, mais que la cloison tout entière se soit développée pendant la gestation, nous ne pouvons le croire. Pour nous fixer, il faudrait que l'auteur ait précisé si cette femme était primipare ou avait déjà eu des enfans, ce qu'il ne signale pas.

Au reste, l'orifice peut être tellement étroit, qu'il faut quelquefois le rechercher très minutieusement et sans doute l'auteur n'a-t-il pas apporté, dans cette recherche, tous les soins désirables. Il est, du reste, inadmissible que l'orifice soit absent chez une femme enceinte et Lepage (1) cite un cas où cet orifice s'était obturé après la fécondation par « une série de productions sébacées, en grappe, dûes vraisemblablement à des produits de sécrétion cervico-vaginale.

Consistance. — De par leur nature membraneuse, la consistance de ces membranes est souple, elles se laissent déprimer facilement par le doigt qui bute contre elles quand on pratique le toucher, de même qu'elles bombent, qu'elles font une saillie arrondie lorsque, cloisons complètes, le sang menstruel les distend. Elles deviennent alors résistantes. Cette consistance est, dans une certaine mesure, fonction de leur épaisseur.

(1) Lepage. Un cas de diaphragme vaginal chez une femme près du terme. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1909, p. 160.

Epaisseur. — Elle est peu considérable, et les observateurs qualifient cette cloison par les adjectifs : minces (Osmont, Frouin) ; fines (Raulin) ; très minces même (observ. 843 de la Maternité de Nancy, Kiwisch) ; d'autres, au contraire, les signalent épaisses (Upshur, Audebert et Payrau) voire charnues (Carter). C'est dire qu'elles sont sujettes cependant à quelques variations. Et en effet, sur les 86 observations que nous avons étudiées à ce sujet, nous n'en avons trouvées que 14 où l'épaisseur ait été signalée, et nous y relevons les chiffres suivants :

1 mm. — Bourdon, Delaunay, Observation personnelle.

2 mms. — Heyder, Locatelli, Maternité de Nancy (Observation 804, 1920).

3, 5 mms. — Verchère (Observ. XII) Kleinwächter.

5, 6 mms. — de Sinéty, Danyau, Langsdorff, Vantrin.

10 mms. — Broca, Kyri.

20 mms. — Gollinet, Audebert.

35 mms. — Picot.

On voit donc que l'épaisseur est ordinairement de 1 à 5, 6 mms, rarement davantage, car c'est à peine si ces cloisons méritent alors l'épithète de membraneuses.

Lorsqu'on a affaire à un diaphragme ou à un repli falciforme, l'épaisseur va s'amincissant depuis l'insertion vaginale jusqu'au bord libre.

Structure. — Les diaphragmes ont une structure analogue à celle de l'hymen. La muqueuse du segment vaginal inférieur tapisse la face antérieure, tout comme

à sa face postérieure on retrouve la muqueuse du segment vaginal supérieur. Il y a donc un adossement de muqueuse, et c'est ce qui a frappé les observateurs tels que Locâtelli, Trélat et Chantreuil, Gaubric, et Sänger (1) qui en déduisent son caractère membraneux.

OBSERVATION XXI

Cloisonnement vaginal incomplet

GAUBRIC (2)

M. Gaubric présente une tumeur fibreuse de l'utérus trouvée sur une femme âgée de 44 ans, morte d'hépatite aigüe. Cette femme, règlée jusqu'à l'âge de 38 ans n'a jamais eu d'enfant, jamais non plus de rapports sexuels.

Non seulement la membrane hymen était conservée, mais encore le vagin, à un pouce au-dessous du col de l'utérus, était obstrué par un diaphragme membraneux, perforé au centre de manière à permettre seulement le passage d'un stylet.

Mais un examen histologique attentif montre qu'entre ces deux couches muqueuses il existe une lame cellulaire. Jarjavay le signala dans son observation (Cf. plus haut). C'est aussi l'opinion de Scanzoni (3).

La cloison est-elle plus épaisse, les parois vaginales participent d'une façon plus intime à sa formation. On constate alors l'existence de fibres musculaires et élastiques en plus ou moins grande abondance. Danyau et Viannay ne manquent pas de le signaler. « Les deux couches muqueuses se continuent sans ligne de démarcation avec celles qui tapissent les cavités vaginales supérieure et inférieure. Quant à la couche intermé-

(1) Sanger. Centralbl. für Gynaek., 1889. p. 440.
(2) Gaubric. Bull. de la Soc. Anat., 1841. p. 234.
(3) Scanzoni. Loc. cit. p. 415 et 420.

diaire, elle va, si elle est simplement celluleuse, se continuer avec le tissu de même nature qui double la muqueuse vaginale; si elle contient des fibres musculaires, celles-ci vont, sans doute, s'entremêler à celles qui forment la tunique moyenne du vagin. »

Au niveau du cloisonnement, à part la muqueuse qui le tapisse, les parois vaginales sont normales et ses différentes tuniques conservent leur continuité sur toute la longueur du conduit.

De part et d'autre de l'obstacle, le vagin n'est pas modifié, Il faut cependant ajouter que deux cas peuvent se présenter où il n'en est pas ainsi: si la cloison est complète, l'hématocolpos qui se produit au moment de la puberté distend considérablement les parois vaginales. Une imperforation de l'hymen peut s'observer en même temps qu'une cloison incomplète, et les mêmes phénomènes se produisent simultanément dans la cavité vaginale inférieure. En voici deux exemples :

OBSERVATION XXII

Atrésie congénitale du vagin Cure spontanée

Délisle (1)

M. Délisle (de Valogne) a observé un cas d'occlusion du vagin par deux membranes, dont l'une était l'hymen, l'autre siégeait plus haut dans le vagin et se rompit sous l'effort du sang des règles. La membrane virginale résista et nécessita l'emploi de l'instrument tranchant. On ne trouva plus au-dessus d'elle qu'un petit bourrelet dur et épais, en forme de bride, situé en haut, à droite et en arrière de l'orifice. Délisle incisa le bourrelet, dilata le vagin, et la guérison fut complète au bout de quelques jours.

(1) Délisle. In thèse Labadie-Lalande, 1856. p. 11.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Cloison transversale du vagin

SABATHIER (1)

Cette malade, âgée de 20 ans, entra à la Charité le 20 septembre 1815. A chaque époque menstruelle, elle souffrait horriblement et jamais l'écoulement ne s'était produit. Un médecin qu'elle avait consulté, croyant dilater le vagin, avait introduit son doigt dans l'urètre et jusque dans la vessie. Il avait très probablement fait à ce moment la fausse route que l'on put constater à l'autopsie et par laquelle il s'écoula du sang noir en certaine quantité.

A l'autopsie, on trouva que l'ouverture du vagin manquait entièrement. Il y avait dans l'urètre une fausse route par laquelle on pénétrait dans la cavité vaginale, derrière l'hymen épaissi et imperforé. C'était la chambre inférieure du vagin. Plus haut existait une cloison membraneuse transversale qui séparait cette cavité d'une autre cavité située au-dessus, en contact avec le col utérin. La cloison ne présentait aucun orifice de communication manifeste, mais seulement une trace noirâtre placée le long de la paroi urétro-vaginale, et c'est elle, qui avait livré passage au sang sorti par la fistule urétro-vaginale précédemment signalée. Cette cavité inférieure s'était vidée. La supérieure était encore fortement dilatée.

Épanchement de sang dans la cavité abdominale. Trompe fortement dilatée de même que l'utérus.

Dans ces deux observations, on voit que sous la pression du sang menstruel le septum vaginal s'était rompu. Dans le premier cas, de complète, la cloison est devenue incomplète, amenant une guérison spontanée. Nous retrouvons semblable rupture dans l'observation de Kiwisch et dans celle de Broca. Dans le deuxième cas, l'orifice étant trop petit et la cloison trop résistante, la rupture s'est faite du côté abdominal, entraînant la mort de la malade.

(1) Sabathier. Thèse de Paris, 1818.

Contenu. — Le liquide retiré des voies génitales est gluant (1) (Cabaret), visqueux (Batut), de consistance sirupeuse (Piachaud). Sa couleur est rouge brunâtre ou noire (Langsdorff). Il a été comparé à de la confiture de raisiné (Batut), à de la poix fondue (Guillemeau) ou à du chocolat (Textor). Ce liquide est presque toujours inodore.

Ce contenu est formé par le sang des règles longtemps retenu dans une cavité kystique avec revêtement épithélial et des mucosités sécrétées par ce tissu. Ce sang n'est pas coagulé, mais ses éléments liquides ont en partie été résorbés ; les globules rouges, eux, subsistent, ils n'ont pas disparu, mais ils présentent des altérations considérables dans leur aspect extérieur ; ils sont complétement déformés, aplatis, diminués de volume, ratatinés (2). La composition de ce liquide montre qu'il est constitué par de la mucine et par du sang qui ne renferme jamais d'urée et dans lequel on ne trouve jamais, comme dans le sang des règles, ni fibrinogène, ni fibrin-ferment (3).

On recueille toujours une moins grande quantité de sang qu'il s'en écoulerait dans le même laps de temps si les voies génitales étaient libres. La quantité du liquide extrait est en raison inverse du temps écoulé (4), ce qui doit être attribué, d'une part, à la résorption, d'autre part, à la diminition de la sécrétion

(1) Lawson Tait. Traité clin. des mal. des femmes. Trad. A. Bétrix. Steinheil 1891, p. 143.
(2) G. Gross. Hématométrie et hématocolpos, etc.. Thèse de Nancy, 1901. p. 203.
(3) Blair Bell. Nouvelles recherches sur la composition chimique du liquide menstruel et des sécrétions vaginales d'après l'analyse des liquides d'hématocolpos. Description clinique de l'hématocolpos et description anatomique de la membrane obturatrice. (Journ. of the British Empire, 1912. T. XXI. No 4.)
(4) Guillemard. L'atrésie congénitale des voies génitales chez la femme et en particulier de l'imperforation du col utérin. Thèse de Nancy, 1877. p. 33.

qui peut même sembler s'arrêter. Pour l'imperforation de l'hymen, Puech a trouvé les chiffres suivants (1) :

Epoque de l'opération	Maximum mensuel	Minimum mensuel	Moyenne mensuelle
De 1 à 12 mois	375 Grs	118 Grs	190 Grs
De 13 à 24 mois	270 Grs	41 Grs	120 Grs
25 mois et au delà	138 Grs	15 Grs	51 Grs

Dans nos observations, nous relevons: 1 litre avec Batut et Upshur, 3 livres avec Guillemeau, 900 grs dans notre cas, 80 centicubes avec Langsdorff, 6 à 7 onces avec Locatelli.

Plus l'obstacle est éloigné de la vulve, moins les quantités recueillies sont abondantes.

(1) Puech. Imperforation de l'hymen. Ann. de Gyn. 1874. T. II. p. 202

ÉTUDE CLINIQUE

Les anomalies par cloisonnement transversal du vagin se traduisent par une symptomatologie différente suivant que ce cloisonnement est complet ou incomplet. Nous adopterons dans ce chapitre la division classique en : signes fonctionnels, accusés par la malade, et signes physiques, fournis par l'examen direct des parties, et, dans chacun de ces paragraphes, nous étudierons les symptômes relevant de chacune des variétés : cloison complète, diaphragme ou bride.

Signes fonctionnels

Ce sont eux qui apparaissent les premiers, et ce n'est qu'à l'époque de la puberté qu'ils font leur apparition. Nuls, dans les cas de *repli falciforme*, ils s'observent lorsqu'existe un *diaphragme*, sont d'autant plus accentués que l'orifice est plus petit, pour atteindre leur acmée si la cloison est *complète*.

La *rétention menstruelle* est le phénomène pathognomonique. Elle peut se manifester sous trois formes : dysménorrhée ; rétention partielle ; rétention totale. En effet, la femme qui pendant son enfance a pu jouir d'une santé parfaite arrive au temps fixé par la nature pour l'établissement de la fonction cataméniale. Elle ressent à ce moment tous les phénomènes qui caractérisent la venue des règles : sentiment de pesanteur aux

lombes et dans le petit bassin, lassitude des membres, courbature générale, gonflement des seins etc. mais le signe essentiel, l'écoulement sanguin, fait défaut.

Généralement 2 à 3 mois se passent ainsi, et sauf une impression de gêne et de pesanteur dans le bassin les jours correspondants aux époques, ce début est assez silencieux ; il se confond avec un établissement difficile de la menstruation.

Mais à une époque variable qui correspond quelquefois à la première menstruation, qui souvent en est assez éloignée, surviennent des *douleurs* intermittentes, qui, de la région lombaire, se portent vers le pubis et la région anale et ressemblent à s'y méprendre, l'intensité en moins, aux douleurs de l'accouchement. Les malades disent éprouver la sensation d'un corps étranger qui tend à s'échapper par la vulve. Ces sortes de coliques persistent tout le temps où les règles devraient avoir lieu, puis elles cessent d'elles-mêmes, et les malades peuvent vaquer à leurs occupations jusqu'au retour de l'époque menstruelle suivante.

Ces douleurs sont dues à de véritables contractions de l'utérus. En effet, au fur et à mesure de l'exhalation du sang, dit Puech, la matrice entre en contraction pour l'expulser, et, comme ses efforts n'aboutissent pas, les contractions se répètent jusqu'à ce que l'écoulement ait cessé, et que les parties s'y soient habituées.

Au retour d'une nouvelle époque, les mêmes phénomènes ont lieu, seulement, au fur et à mesure qu'ils se répètent ils acquièrent une intensité croissante. Non seulement « chaque menstruation non excrétée donne lieu à un orage plus grave et de plus longue durée que

les précédents », mais il arrive un moment où les symptômes subsistent à peine amendés dans l'intervalle de ces accès périodiques ; la souffrance devient presque continue.

Dès cette époque peuvent survenir des *troubles de la santé générale* comparables à ceux d'une dysménorrhée intense, perte de l'appétit, nausées, vomissements, puis bientôt la malade tombe dans un état de chloro-anémie dont on cherche en vain la cause.

Les phénomènes dysménorrhéiques ou l'aménorrhée concordant avec l'état général, la chloro-anémie, si la jeune fille a dépassé l'époque de la puberté et est d'âge suffisant, le médecin répugnant à un examen local et pour ne pas offenser la pudeur de la malade, après avoir essayé une thérapeutique appropriée pourra conseiller le mariage, dans l'espoir que l'excitation génitale finira par faire apparaître les règles. Si la membrane est assez mince elle se rompra lors des premiers rapports sexuels et la malade sera guérie. Si, au contraire, elle est résistante, l'affection continuera sa marche et, d'autant plus activement que les excitations génitales seront renouvelées plus souvent.

OBSERVATION XXIV

Cloison transversale complète

GUILLEMEAU (1)

Une honneste fille estant sur le point d'avoir ses purgations fut extrêmement malade : le ventre lui enfla avec de grands eslancements par en bas et vomissements continuels qui la travaillaient pour la retenue des dites purgations qui

(1) Guillemeau. Œuvres de chirurgie. Rouen 1649, p. 440.

ne pouvaient sortir à raison de la membrane qui bouschait le passage. Ce qui fut fort difficile à recognaistre de tous les médecins et chirurgiens qui l'assistaient, lesquels lui avaient ordonné plusieurs remèdes afin de lui provoquer ces purgations. Mais comme tous les remèdes lui furent baillés sans aucun soulagement, l'on fut d'avis de la marier. Ce qui fut cause que le mari recogneut le mal plus facilement qu'aucun médecin. Je fus mandé pour la secourir, mais pour la difficulté et danger des chemins qu'il y avait, MM. Le Fort et Collot, chirurgiens jurés à Paris, y furent envoyés. Lesquels après avoir recogneut le mal, couppèrent la dite membrane et firent telle ouverture qu'il sortit plus de trois livres de sang caillé et tout gourmeleux et aussi noir comme poix fondue, ce qui soulagea fort la malade. Mais comme la dite incision fut à demi faite, ou pour s'être reprise, un an après, M. Pineau et moi fûmes appeléz pour parachever la guérison entière. Ce que nous fîmes fort heureusement.

Ces désordres peuvent être supportés pendant plusieurs années sans que la femme en soit trop incommodée. Voici deux observations où les accidents initiaux remontent à six ans pour la première et quatre ans pour la seconde :

OBSERVATION XXV

Histoire d'une imperforation du vagin. Mort. Nécropsie

LOCATELLI (1)

Une fille de 26 ans avait joui jusqu'à sa vingtième année d'une bonne santé, quand vers cette époque, elle fut prise de fortes douleurs s'étendant des reins à toute la partie antérieure et inférieure du ventre ; elles revinrent dès lors, périodiquement tous les mois, et disparaissaient après une durée de 4 à 5 jours ; elles furent traitées pendant ces six années, par un médecin, à titre de congestion utérine, suppléant les règles qui n'avaient jamais paru. Cependant, la malade, se voyant dépérir lentement, se soumit à un examen local qui fit reconnaître l'occlusion du vagin, à la moitié environ de sa hauteur, par une membrane. Le ventre

(1) Locatelli. Gazette médicale de Paris, 1848. p. 106.

offrait au-dessus du pubis une tumeur volumineuse comme la tête d'un fœtus, un peu sensible à la pression : le doigt porté contre la membrane obturatrice du vagin sentait le reflux d'une impulsion exercée sur la tumeur abdominale. Le pouls était faible et fréquent et il survenait souvent des accès hystériformes.

L'évacuation du sang retenu étant le seul moyen de remédier à cet état et d'en prévenir l'aggravation, on incisa peu à peu la membrane avec un bistouri dirigé sur le doigt indicateur. Aussitôt, il sortit un sang noir, coagulé, mêlé à de la mucosité (6 à 7 onces) ; son issue fut favorisée par des pressions exercées sur la tumeur du ventre, laquelle diminua au point de perdre les deux tiers de son volume primitif.

Pendant l'opération, la patiente n'accusa que quelques légères douleurs, et seulement durant les pressions pratiquées sur le bas ventre. Mais au bout de quelques heures, une vive sensibilité et l'exacerbation des convulsions, ainsi que le retour de la tuméfaction abdominale, annoncèrent l'invasion d une péritonite qui, malgré deux émissions sanguines, devint mortelle au bout de deux jours.

L'autopsie, faite après 48 heures, montra d'abord les traces évidentes d'une péritonite avec épanchement séropurulent, spécialement dans la région iliaque gauche, où ce fluide était mêlé d'une petite quantité de sang putréfié. L'utérus présentait au-delà du volume d'un poing. Les trompes de Faloppe adhéraient fortement à la surface postérieure des ovaires, et étaient distendues de manière à offrir : la gauche, le grosseur d'un œuf de dinde, la droite, celle d'une noix.

La première présentait en arrière une rupture d'où découlait un sang noir à demi putréfié en tout semblable à celui trouvé dans la fosse iliaque gauche.

La membrane par laquelle le vagin était obturé avait environ deux lignes d'épaisseur. L'utérus était dilaté.

OBSERVATION XXVI

Atrésie membraneuse du vagin. Opération. Guérison.

TEXTOR (1)

C. T..., 19 ans 1/2, non encore menstruée, souffrant

(1) Textor. Gaz. médic. de Paris, 1847, p. 850.

depuis 4 ans de douleurs lancinantes dans le ventre avec gonflement et apparaissant régulièrement tous les 28 jours, entre à l'hôpital le 29 avril 1828. Etat général souffrant, ventre tuméfié, bombé au milieu ; à l'aide du toucher par le rectum, on sentit une tumeur du volume du poing, résistante unie et peu douloureuse ; grandes lèvres normales, petites lèvres peu formées ; caroncules myrtiformes à la place de l'hymen ; canal de l'urètre distendu au point d'admettre le petit doigt ; à trois lignes plus en arrière, le vagin terminé en cul-de-sac.

Le 2 mai, après avoir vidé le rectum, l'opérateur engagea l'index de la main gauche aussi haut que possible dans le cul-de-sac, glissa le long de son doigt la canule du pharyngotome de J.L. Petit, jusqu'au fond de la cavité, et fit pénétrer la lame de l'instrument, suivant la ligne médiane jusque dans la cavité de l'utérus ; il s'écoula alors une forte quantité de sang brun-foncé semblable à du chocolat ; l'ouverture étant très petite, l'écoulement ne se fit que très lentement pendant 5 à 6 jours.

Douleurs et fièvre légères Le 6, douleurs fortes, passagères dans tout le ventre, ni tuméfié, ni chaud ; diarrhée dans la nuit. Le 8 grande prostration.

Le 14, la petite plaie étant presque fermée, on répéta l'opération et il s'écoula avec douleur une matière blanche, purulente, fétide.

La malade se rétablit peu à peu sous l'influence d'un régime tonique. Quelques années après, elle écrivit que ses règles s'étaient parfaitement rétablies et qu'elle jouissait d'une bonne santé.

Cette tolérance peut être beaucoup plus courte ; dans le cas que nous avons observé, elle n'était que de trois mois ; dans celui de Upshur elle atteignit huit mois.

OBSERVATION XXVII

Occlusion congénitale du vagin

Upshur (1)

Une jeune fille de race noire, âgée de 18 ans, avait ressenti depuis 15 mois, des symptômes analogues à ceux

(1) Upshur. Gaz. médic. de Paris, 1854, p. 37.

qui annoncent l'apparition des règles; ces phénomènes s'étaient répétés régulièrement tous les mois depuis cette époque, sans écoulement caractéristique par le vagin. Une tumeur arrondie, bien limitée, s'était formée peu à peu au-dessus du pubis; elle augmentait après chaque époque menstruelle et simulait la matrice au quatrième mois de la gestation. Il y avait depuis 8 mois des douleurs lombaires et inguinales, de la gêne dans les fonctions du rectum et de la vessie. Les seins, les parties génitales externes étaient bien développés; le clitoris et les grandes lèvres avaient l'aspect ordinaire.

Le doigt était arrêté à un pouce et demi de l'entrée du vagin par une cloison résistante, épaisse et à surface lisse. En pressant au-dessus des pubis, pendant que le doigt appuyait contre le septum, on percevait distinctement la fluctuation; par le rectum on pouvait avoir la même sensation.

Opération : perforation du centre de la cloison, par un trocart ordinaire et incision cruciale, ensuite, le doigt de l'opérateur introduit dans cette ouverture, va à la recherche du museau de tanche, en écartant et déchirant le tissu. Ensuite division couche par couche, jusqu'au col. Ecoulement d'une grande quantité de liquide noirâtre, 1 litre à peu près. D'abord inodore, ce liquide devient après, sanieux, fétide; la fièvre survient, dure quelques jours, et la malade se rétablit ensuite promptement. L'écoulement menstruel se fait d'abord d'une manière régulière, mais trois mois après, nouvelle rétention suivie d'une évacuation tardive. La malade n'a pas été suivie au-delà.

Comme on le voit par ces exemples, on ne peut être amené à intervenir qu'entre des limites allant de quelques mois à plusieurs années.

En même temps, d'autres symptômes viennent se joindre aux précédents; ils sont dûs à *l'accroissement progressif de la tumeur* formée par l'utérus que distend le produit des sécrétions cataméniales. Ce sont des *troubles de voisinage par compression.*

La compression des nerfs sacro-lombaires déterminera des fourmillements, de l'engourdissement et de la

paresse des membres inférieurs. Dans un cas cité par Fabrice d'Aquapendente, on crut à une névralgie sciatique (1). La compression s'exerce-t-elle sur le *rectum*, il se produit de la constipation et du ténesme. Agit-elle sur le col de la *vessie*, on remarque d'abord des envies fréquentes d'uriner, puis du ténesme et de la dysurie, et plus tard de la rétention (Observation personnelle) ou exceptionnellement de l'incontinence. Ce n'est qu'alors, bien souvent qu'un médecin est appelé, et constatant la tumeur utérine après évacuation de la vessie, pratiquera l'examen physique qui lui révèlera la vraie nature du mal.

Quelquefois l'urètre a été dilaté par un médecin qui croyait y voir l'orifice vaginal; si la malade était mariée, la dilatation a parfois été opérée par des moyens moins artificiels.

Suivant la *susceptibilité nerveuse* de la femme s'ajoutent à cette période d'autres symptômes qui témoignent d'une sorte d'éréthisme nerveux amené par la perception de douleurs de plus en plus vives. C'est d'abord pendant ces recrudescences périodiques un état singulier d'impatience et d'agacement, puis des étouffements ou des suffocations, des palpitations violentes, des accès de dyspnée, des convulsions hystériformes, enfin de véritables accès de folie.

« Chez une jeune fille de 23 ans, les douleurs revêtent le type quotidien et durent de 11 heures du matin à 4 heures du soir. Durant l'accès il y a des coliques, des douleurs en barre, qui partant des lombes s'irradient à tout l'abdomen. Les traits sont crispés,

(1) In Guillemard. Loc. cit.

les cheveux en désordre, la malade s'agite dans son lit, se tord, se courbe en deux et étreint les personnes qui l'approchent, puis se lève, se promène dans la salle en proférant des cris déchirants. Pendant ces accès il est impossible d'obtenir d'elle aucune parole, elle jette une plainte, toujours la même, et d'un ton toujours égal » (1).

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

Imperforation vaginale. Début des accidents à 18 ans
Phénomènes hystériques. Incision. Guérison

CABARET (2)

F. R..., arrivée à l'âge de 18 ans, se plaignit de lassitude dans les membres, d'un sentiment de gêne et de tension à l'hypogastre, d'une douleur, qui, partant des lombes s'irradiait vers les aines, les lombes, les cuisses et s'étendait parfois même jusqu'au diaphragme, d'insomnie, de céphalalgie gravative et d'étourdissements. Le pouls s'accéléra et par moment de larges taches rouges se manifestèrent au visage. Divers traitements furent impuissants à calmer ces douleurs comme à déterminer l'irruption des règles.

A 19 ans, palpitations, dysnée, céphalalgie plus intense, dégoûts, nausées, vomissements, appétits bizarres, bourdonnements d'oreilles, et autres troubles tantôt d'une fonction, tantôt d'une autre. Du côté de l'abdomen on observait un sentiment de chaleur, de douleur sourde, avec tuméfaction marquée à l'hypogastre, une sensation de pesanteur vers la cavité pelvienne, des coliques ayant le caractère de tranchées utérines, et parfois un remarquable gonflement des mamelles.

Après avoir duré 5 à 6 jours, le calme survenait pour quelques semaines ; les mêmes souffrances avaient lieu de nouveau, amenaient chaque fois une augmentation plus sensible du bas-ventre et s'accompagnaient presque toujours d'accès d'hystérie.

Le 10 juin 1842, leur caractère fut tel qu'elle se rou-

(1) Nélaton. Gaz. des Hôpitaux, 185[illegible]. p. 135.
(2) Cabaret. Journ. de la Soc. de Méd. prat. de Montpellier, décembre 1844. p. 119.

lait par terre et menaçait de se suicider. En même temps, elle se livrait à des efforts d'expulsion analogues à ceux de l'accouchement. La soif était vive, la face rouge et animée, le pouls dur et fréquent ; jamais les crises n'avaient eu cette violence. De temps à autre cet état faisait place à un accès caractérisé par des palpitations de cœur fortes et tumultueuses, une agitation générale, convulsion des membres et du tronc, trismus ; respiration fréquente, laborieuse, entrecoupée, avec menace de suffocation ; sensation d'une boule ascendante, constriction spasmodique à la gorge et autres phénomènes hystériques.

Le corps de l'utérus ne présentait au palper ni bosselure, ni aucune partie solide, l'auscultation n'y faisait découvrir ni doubles battements, ni bruit de soufflet. A deux pouces et demi de profondeur, le toucher faisait constater par le vagin une tumeur fort résistante, lisse et très tendue. Au spéculum on voyait seulement une membrane obturatrice, légèrement fluctuante, faisant une petite saillie.

L'incision avec le bistouri donna issue à 2 litres au moins d'un sang noir et épais. Une sonde en gomme élastique fut placée dans l'utérus et fixée par des rubans à un bandage de corps. Un mouvement fébrile s'étant manifesté dans la journée, on pratiqua une saignée au bras et quelques injections émollientes. Pendant la nuit le sang s'écoula graduellement par la sonde.

Le lendemain, le ventre offrait peu de sensibilité à la pression ; le liquide qui fluait passablement abondant était noirâtre et gluant. Après une dizaine de jours, la sonde fut retirée, la convalescence s'établit, les règles reparurent et les accès d'hystérie ne se montrèrent plus.

Ces mêmes signes existent dans les cloisons incomplètes lorsque des mucosités obstruent l'orifice, témoin l'observation de Rossignol :

OBSERVATION XXIX

Diaphragme placé transversalement dans le vagin et s'opposant à l'écoulement du sang des menstrues

ROSSIGNOL (1)

P.., âgée de 21 ans, est entrée à St-Lazare. Elle porte

(1) Rossignol. Gaz. des Hôpitaux, 1856, p. 142.

dans le vagin, un peu en avant du col de l'utérus, une sorte de cloison membraneuse placée de champ, et percée à son centre d'un orifice arrondi, étroit comme la lumière d'une plume d'oie. Cette cloison partage ainsi le vagin en deux portions. Cette fille n'a jamais eu d'enfants. Elle est entrée pour une inflammation du col utérin avec ulcération granulée et catarrhe utérin très abondant, purulent. Cet écoulement muco-purulent séjourne dans cet arrière compartiment du vagin, sorte de vestibule de la matrice. A l'époque des règles, quand le sang coule avec abondance, et que quelques mucosités épaisses obstruent l'étroit orifice, tous les symptômes d'une dysménorrhée par obstacle mécanique éclatent; des douleurs, des coliques très vives, etc. mettent cette fille dans un état de souffrance extrême, et au fur et à mesure que le sang coule, les accidents diminuent et disparaissent.

M. Boys de Loury divisa cet écran membraneux en trois lambeaux qu'on maintint écartés au moyen d'un tampon qui remplissait le fond du vagin ; dès lors l'écoulement menstruel comme aussi l'écoulement catarrhal eurent une issue facile et le col une fois démasqué, on eut un libre accès pour agir sur l'érosion et en obtenir plus promptement la guérison.

Les signes peuvent en imposer pour une véritable péritonite, comme dans le cas qu'il nous a été donné d'observer.

OBSERVATION XXX

Cloison transversale congénitale du vagin. Hématocolpos supérieur avec hématométrie. Incision. Guérison.

Observation personnelle

J. F.., 20 ans, tisserande. Aucun antécédent morbide. N'a pas encore été règlée. Depuis un ans, pendant quelques jours chaque mois, la malade aurait présenté quelques symptômes d'un molimen menstruel caractérisé surtout par des douleurs lombaires.

Le 3 novembre 1919, assez brusquement, elle a senti des picotements à l'hypogastre et des douleurs dans le dos. Pendant 8 ou 10 jours elle dût interrompre son travail, et

pendant cette période elle constata la présence d'une tuméfaction de la grosseur d'une noix au-dessus de la symphyse. Ensuite elle reprit ses occupations ne souffrant plus, mais la tuméfaction persistait et même augmentait de volume.

La malade dut s'aliter à nouveau. Ayant constaté une augmentation rapide de la tumeur abdominale avec recrudescence des douleurs, pesanteur dans le bassin donnant l'impression d'un besoin d'uriner.

Le 12, rétention d'urine. Un médecin appelé à ce moment, aurait constaté, après évacuation de la vessie, la présence, dans la région ombilicale, d'une tumeur, et le toucher vaginal fait prudemment (persistance de l'hymen), ne lui aurait permis de reconnaître « ni col, ni quoi que ce soit ».

Le 16 décembre, à son entrée à l'hôpital, on constate à l'inspection de l'abdomen la présence d'une tumeur médiane, sous-ombilicale, du volume d'une orange. Elle est dure, mobile, résistante, mate à la percussion, un peu résistante. Elle s'étend dans la fosse iliaque gauche. Défense de la paroi.

Toucher rectal : Tout le bassin est rempli par une masse volumineuse, dure, douloureuse à la pression, refoulant la paroi antérieure du rectum. En repoussant cette masse vers le haut, on sent par le palper bi-manuel qu'on repousse en même temps la tumeur sous-ombilicale

Vomissements bilieux, langue sèche, saburrale. Constipation. La malade est déprimée, asthéniée, pâle, les yeux sont excavés, le pouls est petit et rapide.

Le lendemain, la malade, qui a beaucoup souffert, offre en plus des douleurs dans la jambe droite ; mais la défense de la paroi est considérablement diminuée du côté gauche.

Toucher vaginal : Hymen intact. Le doigt pénètre à environ 1 cm de profondeur. Il sent là un cul-de-sac qui bombe dans le vestibule vaginal et la fluctuation transmise par le palper bi-manuel.

18 décembre, intervention. Débridement de l'hymen à la partie inférieure. Ponction au bistouri de la membrane cloisonnant la vagin, on élargit l'ouverture avec une pince. Il s'écoule une grande quantité (900 grs) de sang noir, visqueux, inodore. Au fur et à mesure de l'écoulement à l'extérieur, la tumeur abdominale diminue de volume jusqu'à disparaître. Pansement occlusif.

L'épaisseur de la membrane était d'environ 1 mm. Son aspect rosé comme la muqueuse vaginale, avec une ligne

grisâtre médiane, et malgré une recherche minutieuse il fut impossible de découvrir aucun orifice à sa surface.

Dans les jours qui suivent, la malade ne souffre plus du tout. Elle perd très peu de liquide séro-sanguinolent. Le toucher montre que l'incision est assez grande pour permettre l'écoulement des liquides et par delà la cloison on perçoit le col utérin assez gros, entrouvert avec un peu d'œdème des lèvres.

La malade sort le 6 janvier, et depuis elle a eu ses règles régulièrement, sans douleur.

D'autres *phénomènes sympathiques* moins effrayants se traduisent du côté des *voies digestives*, et, joints à l'augmentation du volume de l'utérus, pourront, si l'interrogatoire n'a pas été serré, et l'examen local pratiqué, en imposer pour une *grossesse*.

Il en fut ainsi dans l'observation suivante, rapportée par Richter et de Vigiliis, d'après Asper.

OBSERVATION XXXI

Cloison transversale incomplète

Asper (1)

Asper chirurgus castrensis in Strallund retulit de membrana crassa musculosa orificium vaginæ penitus claudente, cultri ope operta, et sanguine menstrue copios per annum integrum in utéro collecto atque gradivitatem mentiente evacuate feliciter, ut et menses decurrerent et fœmina postae nupta utero gereret.

Erreur grossière assurément, mais d'autant plus facile à commettre que des signes accessoires de la grossesse : nausées, vomissements, gonflement des seins se manifestent. D'où la nécessité de procéder à un examen physique minutieux.

Donc, *troubles de la menstruation et phénomènes*

(1) Asper. Cité par Richter, d'après de Vigiliis, T. I, p. 368.

douloureux sont les deux symptômes qui attirent les premiers l'attention.

Les années passant pour la malade, on constate l'apparition d'un nouveau signe : *l'impossibilité ou la difficulté des rapports sexuels.*

Une simple *bride* n'apporte le plus souvent aucun obstacle à la copulation. Notons pour mémoire le phénomène du « penis captivus » dont nous avons déjà parlé et qui est plus attribuable au vaginisme qu'au repli.

Si le *diaphragme* présente un orifice suffisant, il peut ne pas résister aux efforts du mari et se déchire comme l'hymen ; la malade est guérie de sa malformation.

Mais si l'orifice est minuscule ou si la cloison est complète et si elle est bas située, l'intromission peut être empêchée.

OBSERVATION XXXII (Résumée)

Cloisonnement congénital du vagin, rétention menstruelle Opération. Guérison

BATUT (1)

Aïcha ben Mohamed, 23 ans, de Menzel, se présente à la consultation de la Municipalité de Gabès, le 23 avril 1902, et nous raconte qu'elle n'a jamais été réglée, que tous les mois régulièrement, et cela depuis 9 ou 10 ans environ, elle ressent, pendant 2 jours, des douleurs abdominales dans la la partie inférieure du ventre, suivies d'une accalmie qui dure jusqu'à la période menstruelle suivante. Mariée il y a 6 ans, elle a été renvoyée par son mari au bout de 4 nuits passées en des essais infructueux de coït, tentatives qu'elle dit n'avoir pas été renouvelées depuis.

L'examen gynécologique nous fait voir un clitoris ré-

(1) Batut. Bull. médical, 21 juin 1902, p. 587.

gulier, des grandes lèvres médiocres, des petites lèvres peu étendues, 2 saillies symétriques de la grosseur d'un gros pois, charnues, au dessous du clitoris, un méat urinaire bordé, en bas, par une tumeur boursouflée, non polypeuse, de la grosseur d'une petite noisette ; le périnée est tendu, dur, résistant, la fourchette peu élargie mais se prolongeant en arrière ; les écarteurs de Farabeuf mis en place de chaque côté et un abaisse langue à manche disposé sur la fourchette et tirant en bas celle-ci, on aperçoit un canal profond de 2 cms environ, permettant l'introduction du pouce, de forme concave, et terminé sur cette concavité par une membrane blanc grisâtre, rayonnée, tendue, qui se perd latéralement sur les bords de la vulve, en bas sur la partie postérieure du vestibule, en haut sur la boursouflure sous-méatique ; il n'existe sur cette membrane aucune ouverture, aucun sillon, aucun raphée. L'index porté sur cette aponévrose tendue n'a aucune impression de choc en retour.

La palpation de l'abdomen fait constater la présence d'une grosse tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, située tout entière à droite de la ligne blanche sous-ombilicale, tumeur se perdant en bas dans le bassin où on peut la suivre en déprimant successivement les fosses iliaques et que l'on limite en haut, très nettement, presque au niveau de l'ombilic. Cette tumeur est arrondie, dure, résistante, non fluctuante, douloureuse à la palpation profonde, mobile latéralement; elle s'est développée et accrue progressivement et insensiblement. Nous portons sans hésiter le diagnostic d'hématocolpos par rétention menstruelle.

Le surlendemain, 25 avril, nous incisions lentement la membrane de haut en bas, sur la ligne médiane, immédiatement au dessous du bourrelet sous-urétral ; notre incision s'étend assez profondément en bas jusqu'à entamer la fourchette, étant donné le peu de hauteur de cette membrane. Immédiatement s'écoule en dehors, un liquide noirâtre, visqueux, ressemblant à de la confiture de raisiné, et que nous évaluons environ à 1 litre. Pour faciliter son expulsion pendant que nous appuyons sur le périnée avec l'abaisse-langue, nous pressons avec une main sur le fond de la tumeur que nous sentons diminuer progressivement sous nos doigts, s'effacer et se limiter au petit bassin en fin de compte, où elle représente une masse dure, ronde de la grosseur d'une mandarine, parfaitement isolable, et dont les con-

nexions profondes échappent un peu, cette masse est toutefois pédiculée et mobile transversalement.

Elle est incontestablement constituée par l'utérus hypertrophié et vraisemblablement en latéro-flexion. Pour éviter l'infection, nous pratiquons un abondant lavage vaginal et intra-utérin avec une solution de sublimé à 1 p/6000e, non dangereuse pour les trompes et le péritoine

Le lavage terminé, et l'écoulement sirupeux tari, nous introduisons notre index à travers l'orifice hyménéal et arrivons jusqu'au col effacé et largement entr'ouvert. Les bords de l'incision hyménéale écartés par deux pinces de Kocher, nous faisons un tamponnement vaginal à la Mikulicz à l'aide de gaze iodoformée, et mettons en avant du vagin un pansement aseptique.

Suites normales. Les lèvres de la plaie se sont cicatrisées isolément. On introduit pendant quelques temps encore des mèches de gaze dans le vagin, pour lui assurer un calibre suffisant.

OBSERVATION XXXIII

Cloisonnement congénital du vagin. Rétention menstruelle Opération. Mort.

COLLINET (1)

Nedda ben Rahmoun, entrée à l'hôpital de Sétif, le 12 avril 1901. Cette jeune femme, qui ignorait son âge, mais semblait avoir 15 ou 16 ans, s'était mariée pen de temps auparavant. Son mari n'avait pu accomplir l'acte marital et demandait une intervention chirurgicale qui lui permit d'y parvenir. La jeune femme réclamait également cette intervention qui seule pouvait empêcher sa répudiation, fatale en pareil cas d'après la loi arabe.

J'examinai la malade et je constatai que, chez elle, le vagin n'était représenté que par un cul-de-sac de 3 à 4 cms de profondeur dont le fond, d'ailleurs, était mou et ne bombait aucunement. Examinant alors l'abdomen, je constatai qu'il contenait une tumeur volumineuse, constituée par une matrice dilatée, qui, à première vue, donnait l'illusion d'une matrice au septième mois de la grossesse.

Passant au toucher rectal, je constatai que le vagin,

(1) Collinet. Bull. médical, 30 avril 1902, p. 407.

libre d'abord sur la longueur du cul-de-sac vaginal, puis à partir de la cloison, sur une longueur d'encore environ 2 à 3 cms, prenait à partir de ce point, la forme d'une masse molle mais tendue.

L'interrogatoire de la malade n'apprenait pas grand' chose. Elle n'avait jamais eu ses règles ; elle l'avait constaté sans s'en étonner. Son ventre avait commencé à grossir depuis un certain temps. Ce certain temps représentait-il des mois ou des années ! il était impossible de le savoir l'arabe n'ayant qu'une notion vague du temps écoulé. La malade disait bien aussi que son ventre, sensible depuis quelque temps, lui donnait parfois des paroxysmes de douleur mais sans qu'il fut possible de savoir si ces paroxysmes correspondaient à des périodes menstruelles.

L'état général était excellent, et la malade ne se préoccupait que d'une chose : obtenir un vagin normal ; le reste lui paraissait d'un intérêt secondaire.

Le diagnostic ne paraissait pas douteux. Il s'agissait d'une rétention de sang menstruel distendant à la fois le vagin et l'utérus. L'opération fut décidée et pratiquée le 23 avril.

Après anesthésie du fond du cul-de-sac vaginal à l'aide d'un tampon de ouate imbibé d'une solution de cocaïne, je pratiquai au centre de la cloison, une petite incision verticale à l'aide de la pointe d'un bistouri dont le reste de la lame était entouré de gaze pour éviter de blesser les parois vaginales. Cette incision fut indolore. Lorsqu'elle eut traversé une épaisseur d'environ 2 cms la pointe du bistouri tomba dans une cavité ; en même temps un peu de sang noir et épais s'écoula par la plaie. Le bistouri à pointe fut remplacé par un bistouri boutonné, à l'aide duquel je fis dans la cloison une large incision cruciale. Un sang noir, poisseux, sans odeur, coula alors avec abondance. Il s'en échappa près d'un litre. Le vagin était alors perméable très haut, mais il était impossible de sentir avec le doigt le col de la matrice.

Des lavages antiseptiques furent faits largement, un drain de gaze iodoformée fut placé dans le vagin et un pansement antiseptique fut disposé à la vulve. La tumeur abdominale s'était sensiblement abaissée.

Les suites opératoires furent d'abord très satisfaisantes. Dès le lendemain, le toucher laissait percevoir le col utérin dont l'orifice était ouvert normalement.

Le 29 avril, la malade eut un peu de fièvre, mais

malgré cela quitta l'hôpital quelques jours plus tard, pour retourner chez son mari.

Je perdis de vue la malade. Ce ne fut que huit mois après l'opération que je pus avoir des nouvelles de la jeune femme. J'appris qu'elle avait succombé peu de jours après être rentrée chez elle, mais je ne pus avoir de détails sur les circonstances qui entourèrent sa mort.

OBSERVATION XXXIV (Inédite)

Cloison transversale congénitale du vagin

Professeur Weiss

Jeune femme de 25 ans, mariée depuis peu de temps. Elle a toujours été réglée régulièrement mais ses règles étaient douloureuses.

Elle n'avait rien constaté d'anormal dans sa menstruation, mais son mari éprouve quelques difficultés dans les rapports sexuels.

Elle entre à l'hôpital. A l'examen, on trouve un diaphragme membraneux situé à 3cms de la vulve et présentant un orifice central qui laissait passer l'extrémité de l'index. A travers cet orifice, le doigt sent le col utérin

On commence la dilatation de l'orifice avec des boules mais comme le résultat est peu sensible, on incise la cloison en croix.

Dix jours après, la malade sort guérie.

OBSERVATION XXXV

Cloison transversale congénitale du vagin

Murphy (1)

Murphy trouva chez une femme, jeune mariée, une membrane transversale congénitale du vagin, située au-dessus de l'hymen et pourvue d'un petit pertuis. Il se vit obligé de la sectionner à cause de la difficulté des menstruations et des inconvénients qu'elle opposait aux rapports sexuels.

Ygonin rapporte un cas où les rapports sexuels

(1) Murphy. Meisner's Frauenzimmer Krankheiten, 1842. Bd. I. p. 353.

furent difficiles mais aboutirent cependant à une grossesse, et la cloison ne fut reconnue qu'au moment de l'accouchement.

Au contraire, si le septum se trouve à l'extrémité supérieure du vagin, le coït peut sembler normal et l'anomalie rester ignorée, à moins que l'aggravation des troubles menstruels précédemment signalés n'inquiète la femme, ou que désirant une maternité elle n'obtienne malgré sa bonne volonté cette satisfaction.

OBSERVATION XXXVI (Inédite)

Diaphragme vaginal
(Maternité de Nancy. Observ. 804. Année 1920)

Mme T.., 29 ans, primipare. Entrée à la Maternité.

A l'examen, on trouve un vagin court, cloisonné au niveau de son tiers moyen par un diaphragme perforé en son centre d'un orifice de la dimension d'une pièce de 50 centimes. L'épaisseur de cette cloison est d'environ 2 mms.

En avant de ce diaphragme existe un cul-de-sac vaginal ; au-delà, on ne trouve pas de cul-de-sac, mais ce diaphragme est uni au col utérin par un tractus fibreux.

L'accouchement et la délivrance s'effectuent normalement.

Et là, nous arrivons au troisième symptôme : *la stérilité*. Ce n'est d'ordinaire qu'après plusieurs années de mariage que les conjoints s'en inquiètent.

OBSERVATION XXXVII (Inédite)

Cloison transversale congénitale du vagin

Professeur Agrégé Michel

Jeune femme de 22 ans, mariée depuis 1 an. Toujours bien réglée. Elle n'avait pas d'enfant et désirait en avoir.

Aucun antécédent génital, aucun phénomène douloureux, règles normales.

Examen : Au toucher, le doigt est arrêté au tiers supérieur du vagin ; il bute dans un cul-de-sac. Au spéculum, on voit une membrane obturant complètement le vagin dans son tiers supérieur et cachant le col. Elle présente l'aspect d'une cloison complète.

Avec beaucoup de difficultés, on arrive à trouver un orifice à la partie supérieure dont le diamètre est d'environ 1 mm. A travers la membrane, qui est peu épaisse, refoulable, le doigt perçoit un col utérin normal. Par le toucher rectal, utérus normal en position normale.

Le Professeur Fruhinholz voit la malade et confirme l'examen du Professeur Michel ; il pense à l'intégrité absolue de l'appareil utéro-annexiel.

L'opération est proposée et acceptée. Incision linéaire suivie d'excision circulaire des lambeaux ; suture de la tranche. Hémorrhagie limitée ; tamponnement. La malade sort dix jours après, guérie.

9 mois, jour pour jour, après sa sortie, cette femme accouchait, sans difficultés, d'un enfant normal. Depuis elle a eu 4 enfants.

OBSERVATION XXXVIII (Inédite)

Diaphragme vaginal. Fécondation difficile. Accouchement normal

Professeur Fruhinsholz

Primipare. 28 ans ; mariée depuis 1 an. Réglée à 14 ans, irrégulièrement, avec des tendances aux retards.

Les rapports ont paru normaux au mari.

Cette femme est étonnée de ne pas être enceinte.

A l'examen, la vulve est bas située en retrait. L'index qui touche est arrêté à 6 cms de l'orifice hyménéal par un diaphragme annulaire, mince, régulier, permettant tout juste l'introduction de la 1e phalange. Il y a en arrière une cavité où on n'accède pas ; le col n'est pas perçu. Au toucher rectal : le corps utérin paraît petit, on sent le col au-dessus de la bride.

Sans traitement spécial, la malade devient enceinte l'année suivante. La grossesse évolue normalement. Le fœtus se met en présentation du siège irréductible. Le diaphragme s'est assoupli et dilaté comme 5 frs. On accède maintenant, au cours de la grossesse, jusqu'au col qui est normal.

Accouchement normal. La bride cède spontanément. Cette femme redevient enceinte une deuxième fois rapidement. Grossesse et accouchement normaux

Auparavant, en général, les phénomènes douloureux auront amené la malade à consulter un médecin. Voici cependant deux observations où la souffrance a été si minime qu'elle n'a pas inquiété la malade.

OBSERVATION XXXIX

Sténose partielle congénitale du vagin

KLEINWACHTER (1)

R. K..., jeune femme de 24 ans et épouse d'un homme fort et bien portant est mariée depuis 6 ans, sans enfant. Les règles ont commencé régulièrement à 14 ans et durent 3 ou 4 jours sans aucune douleur. Le coït n'était et n'est pas douloureux. Cette femme ne demande pas un remède contre les douleurs mais contre la stérilité.

Organes génitaux externes normaux. Caroncules myrtiformes évidentes montrant que l'hymen a été déchiré. A l'union du tiers moyen et du tiers supérieur le vagin se terminait en cœcum et le doigt qui touchait ne trouvait au delà aucune portion du vagin, mais buttait contre une cloison. L'examen au spéculum montre que le vagin ne se rétrécissait pas vers le haut en entonnoir, mais qu'il était fermé par une membrane tendue transversalement. Cette membrane présente un orifice excentrique un peu à gauche et en avant, par lequel on pouvait introduire une sonde anglaise n° 8. A travers cet orifice, la sonde introduite pénétrait dans une cavité et on pouvait, en différents endroits, la faire pénétrer de plus de 2 cms. A gauche la sonde touchait tout de suite la paroi, mais à droite la distance était plus grande. La membrane assez fortement tendue paraissait avoir quelques millimètres d'épaisseur. Le toucher rectal montrait l'existence d'un segment vaginal supérieur normal et d'un utérus normalement placé et de dimension normale.

Après introduction de deux spéculums en forme de

(1) Kleinwachter. Prager Med. Wochensch., 26 nov. 1890. No 48.

cuiller, et en s'aidant d'une sonde, on excise à droite, à gauche et en arrière jusqu'à la paroi du vagin. Pour empêcher la récidive on place un tampon de gaze iodoformée.

L'opération a montré que la membrane était épaisse de 3 à 4 mms. La plaie guérit en quelques jours sans complications.

Après guérison, on pouvait au toucher aller facilement jusque dans la partie supérieure, jusque là fermée, du vagin.

Dans le cas suivant relaté par Verchère, les occupations... spéciales auxquelles se livrait cette femme lui ont fait désirer garder cette malformation.

OBSERVATION XL

Cloisonnement transversal congénital du vagin perforé de deux orifices

VERCHÈRE (1)

Fille âgée de 22 ans, qui depuis deux ans se livrait à la prostitution. Elle m'a été envoyée par mon collègue Barthélemy dans le service duquel elle était en traitement.

La cloison présentait un raphé médian, avait un aspect radié latéralement et était percée de deux petits orifices latéraux donnant passage à peine à un stylet.

Le siège du cloisonnement est profond, il se trouve au niveau du col utérin, c'est-à-dire que le vagin présente sa longueur normale, 5 à 6 centimètres ; au niveau de son orifice on trouve les caroncules myrtiformes ou plutôt les débris de l'hymen depuis longtemps disparu.

En introduisant deux stylets dans les orifices de la cloison vaginale, on constate qu'elle est peu épaisse et qu'au-dessus d'elle les culs-de-sac vaginaux sont de dimension normale. Le col utérin perceptible par le toucher rectal est unique, l'utérus est normal.

La malade n'a jamais été réglée. Quelques douleurs au moment où auraient dû apparaître les règles. Par le toucher rectal on perçoit une dilatation de la trompe droite manifeste, formant tumeur du volume d'une pomme reinette à

(1) Verchère. Du clois. transv. et congén. du vagin. Rev. de clin. et de thérap. 1894.

peu près, nullement douloureuse au toucher, et dont la malade ne se soucie aucunement

Ayant eu l'imprudence de dire tout haut devant la malade que la cloison du vagin lui évitait tout danger de grossesse, elle se refuse à toute intervention et désire garder sa malformation, malgré les dangers qu'on lui fait connaître, pouvant résulter de la rétention des règles.

L'opération eut été des plus simples et eut consisté en la section aux ciseaux de la cloison entre les deux orifices.

Et à l'appui de ces deux observations, nous trouvons dans Schenck (1) et dans Mauriceau (2), des cas où l'impossibilité du coït et de la fécondation a motivé des demandes de divorce et c'est alors seulement, que le vice de conformation a été reconnu et guéri.

OBSERVATION XLI

Cloisonnement vaginal ayant empêché la consommation du mariage et ayant entraîné le divorce

Professeur Vautrin

J'ai eu l'occasion de voir en 1904, avec le Professeur Schmitt, de Nancy, une jeune femme mariée depuis trois mois, en instance de divorce à la demande du mari arguant que le mariage n'avait pu être consommé. Le fait était vrai et le divorce civil et religieux fut prononcé. Appelé à juger de ce cas pathologique, je constatai l'existence à 2 cms au-dessus de l'hymen, d'un cloisonnement incomplet, charnu oblitérant presqu'entièrement le champ du conduit vaginal, réduit à un orifice semi-lunaire sous-vésical. L'hystéromètre pénétrait dans une cavité vaginale de capacité normale et par le toucher rectal, on sentait l'utérus en situation habituelle. Les règles étaient d'ailleurs régulières, quoique peu abondantes et douloureuses. Je proposai une intervention légère pour lever l'obstacle, promettant que le mariage serait ensuite possible. Je fis l'excision de la cloison au contact de la paroi vaginale, avec suture des bords cruentés, car la base d'insertion était épaisse, et la réunion se fit per primam.

(1) Schenk. Observationum medicarum, rararum... 1609. In fol. p. 600.
(2) Mauriceau. Traité des femmes grosses. 7e édit. Paris 1740. T. I.

Cette jeune femme contracta, dans la suite, nouveau mariage et mit au monde deux enfants d'une manière normale.

Arthur Giles(1), dans son livre tout récent, Sterility of Women, ne manque pas de mentionner cette cause de stérilité.

Une cloison complète entraîne seule la stérilité, mais si elle est percée d'un orifice, même très petit, cette ouverture sera très suffisante pour permettre le passage des spermatozoïdes. Nous pourrions en citer de nombreux exemples.

OBSERVATION XLII

Accouchement dans un cas de vagin cloisonné

Heywood-Smith (2)

La patiente a été vue avant que la conception n'ait lieu par Edis, qui trouva un cul-de-sac vaginal de 1 pouce 1/2 de long. Il n'y avait pas d'orifice visible au fond de ce cul-de-sac. Il nota que l'urètre était largement distendu. La malade est réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, et le flux menstruel est accompagné de caillots.

Quand l'accouchement arriva, la malade était mariée depuis 10 ans. Le piquant de ce fait est que l'urètre était employé pendant les relations.

Au début du travail on sectionna avec une paire de ciseaux toute l'épaisseur du septum et on trouva au-dessus la tête de l'enfant. On élargit graduellement l'ouverture pour permettre de terminer l'accouchement au forceps. La mère se rétablit.

OBSERVATION XLIII

Accouchement dans un cas de diaphragme vaginal

Burgess (3)

Jeune fille chez qui les rapports étaient douloureux et

(1) A. Giles. Sterility of Women. Oxford, Médical publications. London 1919. p. 53.
(2) Heywood-Smith. A case of delivery through an imperforate vagina. Transac Obst. Soc. London. 1881-82. XXIII. p. 117.
(3) Burgess. In A. Giles. p. 62.

difficiles. Au toucher le doigt rencontre une membrane résistante et souple qui ne donnait issue ni à du sang ni à du mucus. Avec un spéculum, une cloison complète était découverte, présentant un raphée médian. Dans la partie supérieure de ce raphée, on observe alors une petite ouverture du calibre environ de l'urètre, à travers laquelle s'écoula un peu de sang. Burgess pense que l'examen au spéculum a provoqué cette ouverture.

La membrane fut divisée et le travail s'acheva.

Cazeaux, Magendie-Husté, Delaunay, Bourdon, Collon etc... en France ; Barnes (1), Isaac Taylor (2), Maher (3), en Angleterre ; Roth, Heyder, en Allemagne, signalent des cas semblables.

OBSERVATION XLIV (Résumée)

Cloisonnement transverval congénital du vagin
Accouchement à terme sans intervention chirurgicale

BOURDON (4)

Marie M.., 24 ans, primipare, entre le 19 mars à la Charité pour y accoucher. Elle pense être à terme vers la fin du mois.

Les règles parues à 14 ans ont toujours été régulières jusqu'au 15 juin dernier. La menstruation n'était pas douloureuse.

Le toucher permet de constater une brièveté considérable du vagin ; le doigt se trouve arrêté à 4 ou 5 cms au plus de l'orifice vulvaire par un obstacle résistant et qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour l'extrémité supérieure du vagin.

Mais on ne tarde pas à reconnaître que si l'on a devant soi le fond de cet organe il est au moins très irrégulièrement conformé. On ne trouve ni saillie du col utérin ni de culs-de-sac qui le circonscrivent, on ne perçoit sous le doigt qu'une espèce de cloison légèrement concave inférieurement, en forme de dôme ou de diaphragme.

---

(1) Barnes. Loc. cit.
(2) Isaac Taylor. Atresia of the vagina, congenital or accidental, in the pregnant or non-pregnant female. Trans. Amer. Gyn. Soc. 1879. iv 404.
(3) Maher. In A. Giles. Loc. cit. p. 59.
(4) Bourdon. Archiv. de Gyn. 1874.

Cette cloison peut en effet être fort justement comparée au diaphragme des instruments d'optique, car sa partie centrale offre un orifice arrondi, dans lequel la pulpe du doigt pénètre seule, et encore peu profondément.

Ce diaphragme se laisse repousser en haut et l'on arrive de cette façon assez facilement sur la tête de l'enfant qui ne paraît séparée de l'extérieur que par une épaisseur de parties molles relativement peu considérable.

Le toucher rectal permet bien de sentir la présence du diaphragme et l'espèce de bourrelet induré qu'il forme à son insertion sur la paroi, mais au delà nulle trace du col utérin.

L'examen au spéculum n'apporte aucun renseignement propre à fixer le diagnostic d'une façon certaine. Néanmoins il permet de constater que l'orifice central est à peu près régulièrement arrondi et d'un diamètre de 5 à 6 mms. La cloison offre une teinte rosée un peu pâle au pourtour de l'orifice et semble se continuer avec les parois vaginales.

Les rapprochements sexuels étaient douloureux On trouva facilement les caroncules myrtiformes.

Les Drs Chantreuil et Polaillon avaient conclu à l'existence d'un diaphragme vaginal. MM. Depaul et Guéniot ne virent là qu'une absence de portion vaginale du col utérin avec brièveté congénitale du vagin.

Le 28 mars le Dr Polaillon pratique un nouvel examen et parvient cette fois à faire pénétrer son index par l'orifice déjà dilaté et cela sans faire souffrir la malade. La première phalange pouvait, au delà de l'obstacle, se recourber en crochet et parcourir la face postérieure du diaphragme, qui divisait bien la cavité vaginale en deux parties : l'une inférieure, l'autre supérieure.

Dans la nuit du 29 au 30, le travail commença vers 2 heures du matin pour se terminer à 7 heures ; l'accouchement se fit très naturellement et sans intervention chirurgicale. Le diaphragme s'était déchiré de lui-même et n'avait apporté aucun obstacle à l'accouchement. Il n'y avait pas de déchirure du périné. Suites de couches normales.

8 jours après l'accouchement, le doigt arrivait facilement sur le col qui n'offrait rien d'extraordinaire ; en avant de lui, à 1 ou 2 cms se trouvaient les débris membraneux du diaphragme vaginal, aisément reconnaissables au toucher. Il avait été déchiré en plusieurs points, notamment en avant, en arrière et à gauche ; et à droite, il formait une espèce de valvule semi-lunaire.

OBSERVATION XLV

Diaphragme transversal complet (Maternité de Nancy)

Observation 843, 1909

G. S..., 19 ans, primipare, entre à la Maternité le 2 décembre 1909. Règlée à 11 ans, l'a toujours été régulièrement depuis. Règles très douloureuses avec leucorrhée dans l'intervalle.

Par le palper on constate une présentation du sommet engagée en gauche antérieure. On pratique le toucher vaginal. Le doigt introduit dans le vagin est arrêté par un diaphragme formant un dôme vaginal; il n'y a pas de cul-de-sac et on ne reconnaît pas d'orifice bien net. Cependant en arrière, le doigt rencontre un point plus faible et après quelques légères pressions, il perçoit une déchirure qui intéresse une membrane très mince. Au delà de l'obstacle, il trouve un col effacé et dilaté comme 2 frs. Le doigt ramène des glaires sanguinolentes accumulées derrière la membrane. Il semble exister des adhérences très fines entre ce diaphragme et le segment inférieur.

Une 1/2 heure après la dilatation est comme une paume de main et au bout de 2 h. elle est complète. Accouchement normal avec déchirure du périnée. Durée du travail 10 heures. Suture périnéale. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLVI (Résumée)

Diaphragme transversal complet

Observation 475, Maternité de Nancy, 1914

B.., 19 ans, primipare. Règlée à 15 ans 1/2, l'a été tous les 15 jours jusqu'à l'âge de 18 ans. Menstruation abondante et douloureuse obligeant la femme à s'aliter le premier jour. Il ne semble pas y avoir jamais eu de rétention du sang menstruel dans la cavité vaginale.

Dès la première nuit de noce il y a existé une dysgénésie très accusée. Dernières règles le 5 septembre 1913.

Le 10 janvier 1914, la femme se présente à la consultation. On pratique le toucher vaginal et on constate que le doigt ne peut pénétrer que de quelques centimètres dans le vagin. L'examen au spéculum montre l'existence de l'hymen et, un peu au-dessus, d'un diaphragme transverval avec une zone sur laquelle existent des mucosités.

Un stylet permet de se rendre compte qu'il y a communication par un pertuis existant au niveau de ces mucosités entre la cavité vaginale et l'extérieur. L'insertion de cette cloison transversale se fait au niveau du tiers inférieur de la cavité vaginale.

Le 23 mai, comme la femme revient à la consultation M. le Professeur Hergott, pour éviter une dystocie à la période d'expulsion, distend le diaphragme à l'aide de l'index une petite quantité de sang s'écoule, mais il arrive sur le col et se rend compte de l'existence d'une présentation du sommet qui s'engage.

Comme, en se dilatant, le col a tendance à entraîner en haut le diaphragme vaginal et provoque des tiraillements sur lui, pour éviter des déchirures M. le Professeur Fruhinsholz incise à droite la membrane. Il se produit un écoulement de sang assez abondant. On termine par une application de forceps sur la tête orientée en gauche transverse. Le dégagement de la nuque sous la symphyse est un peu pénible ; néanmoins, l'extraction se fait sans incidents.

Délivrance normale. Avant le départ de la femme, on la touche et on trouve plus de traces du diaphragme préexistant. L'examen au spéculum permet de constater qu'il n'existe plus de diaphragme, mais sur la paroi vaginale, surtout au niveau de l'incision on voit une zone cicatricielle mal délimitée et peu apparente. Il semble que la cloison se soit sphacélée secondairement et éliminée avec les lochies.

Et non seulement la fécondation peut se faire à travers un très étroit diaphragme, mais même à travers une série de cloisons perforées, témoin les observations de Roth et de Fristo où elles étaient respectivement au nombre de deux et de quatre.

Surajoutée à la malformation vaginale, on observe parfois une malformation utérine ou ovarienne. Dans ce dernier cas les phénomènes menstruels et en particulier l'écoulement sanguin ne se produisent pas. Il n'y a pas de molimen menstruel et l'aménorrhée frappe ces malades. On pourrait les comparer à celles que Berrut (1) désigne du nom de « femmes closes »

(1) Berrut. Congrès français de chirurgie, 1897, séance du 23 octobre.

contractant des mariages frustres et dont il a rapporté plusieurs exemples. Les symptômes fonctionnels font défaut chez elles.

OBSERVATION XLVII

Cloisonnement vaginal avec autres malformations génitales

CHURCHILL (1)

La malade était une jeune femme bien faite, complétement développée et âgée de plus de 20 ans. Les mamelles et les organes extérieurs étaient parfaitement développés ; l'orifice du vagin était normal, mais le canal se terminait par un cul-de-sac. A 3 cms à peu près de l'orifice on ne pouvait pas apercevoir la moindre ouverture ; et en questionnant la malade, on apprit que la congestion menstruelle n'était qu'à peine manifeste et cependant qu'il existait des des désirs sexuels. A l'examen par le rectum, on ne trouva pas de traces de collection liquide, et l'on ne put même s'assurer de la présence de l'utérus et des ovaires. La malade n'éprouvait aucune gêne locale ; il n'y avait pas lieu de soupçonner aucune accumulation de sang ; il parut donc à propos de ne tenter aucune opération.

Par contre, si il y a coïncidence d'une malformation utérine, le syndrome menstruel peut exister complétement et l'anomalie ne se révèle que par des douleurs exagérées ou des troubles surajoutés. L'observation suivante en est la preuve :

OBSERVATION XLVIII

Utérus bifide. Cloison vaginale. Hémi-hystérectomie

Professeur VAUTRIN

Mme B., 27 ans, religieuse, m'est adressée en mai 1910 pour une affection abdominale douloureuse, survenue depuis trois mois environ.

Cette malade, de bonne santé habituelle, avait com-

(1) Churchill. Traité des maladies des femmes. 1874, p. 114.

mencé à souffrir du ventre côté droit, en janvier 1910, jusque là bien réglée, elle n'avait éprouvé de douleurs prémenstruelles que tous les 3 ou 4 mois environ et depuis l'année 1906 seulement. Les règles de janvier furent précédées de vives souffrances dans les reins et le bas-ventre ; elles se produisirent à l'époque normale et avec l'abondance coutumière. Après les règles, le côté droit du ventre resta douloureux, tendu, avec des envies plus fréquentes d'uriner. En février et mars les règles se présentèrent à l'époque voulue et furent plus abondantes et plus prolongées. Les souffrances du côté droit s'accrurent et empêchèrent tout travail. En avril, la malade dût garder le lit et un médecin appelé constata au-dessus du pubis à droite, une tumeur abdominale douloureuse et tendue, qu'il prit pour un kyste ovarique.

A l'arrivée de la malade je reconnus l'existence de cette tumeur, faisant saillie au-dessus du pubis, régulière, plongeant dans la bassin, fixe, sans adhérences périphériques. Les règles de mai survinrent pendant l'observation ; elles furent extrêmement douloureuses et s'accompagnèrent d'une certaine réaction péritonéale, ballonnement, constipation, vomissements, de lipothymie, de tachycardie, etc. Elles durèrent cinq jours. Après leur disparition, on ne constata plus qu'un léger flux leucorrhéique, sans odeur. A ce moment, le toucher révéla dans la vagin l'existence d'une membrane épaisse située à 6 cms au-dessus de l'hymen, cloisonnant le vagin, empêchant l accès au col et portant à gauche un orifice latéral de 5 mms environ de diamètre.

Comme l'examen du pelvis s'imposait d'urgence, la malade fut anesthésiée et cette membrane fut sectionnée, puis réséquée et sa base suturée. On put alors voir le col utérin qui apparut allongé et atrésié, avec un seul orifice externe. La tumeur pelvienne occupait la portion droite de la cavité pelvienne supérieure. On percevait le col utérin prolongé par le segment inférieur de l'utérus, mais on perdait plus haut le contact de l'organe. On pouvait penser qu'il s'agissait ou bien d'une lésion salpingienne ou bien d'un kyste ovarique à pédicule tordu.

La laparatomie me mit en présence d'un utérus bifide dont la partie droite était distendue, ainsi que la trompe, par une collection sanguine. L'hémi-utérus droit se réunissait à l'hémi-utérus gauche à la partie supérieure du col. Comme l'hématométrie était supérieure, je pus faire, après section du ligament large, l'ablation de l'hémi-utérus droit,

en sectionnant son segment inférieur au niveau de la coalescence des deux organes. Une suture en surjet ferma le moignon sus-cervical, qui fut ensuite péritonisé. Les suites opératoires furent très simples. La section de la trompe et de l'hémi-utérus enlevé montra dans la trompe l'existence de deux replis falciformes dont l'un pré-ampullaire fermait la lumière vers l'abdomen et dans l'utérus à 2 cms au-dessus de la section une coudure avec éperon saillant dirigé vers l'hémi-utérus gauche, expliquant la formation de l'hématométrie en cavité close.

Donc: *Rétention menstruelle, phénomènes douloureux, obstacle aux rapports sexuels et à la fécondation, tels sont les symptômes fonctionnels de cette affection.*

Signes physiques

Nous avons noté dans le paragraphe précédent quelques erreurs de diagnostic qui peuvent survenir si l'examen de la malade n'a pas été complet. Aussi nous ne saurions trop insister sur la *nécessité absolue d'un examen local*, le seul qui puisse donner une certitude dans l'affection étudiée dans ce travail. Il doit être fait méthodiquement et porter sur l'ensemble des organes génitaux.

L'inspection de l'abdomen peut le montrer augmenté de volume, quoique cela soit assez rare. La *palpation* donne des renseignements plus précis.

Elle reconnaîtra une *tumeur*, mate à la percussion, mobile, dont le volume atteint celui d'une orange, va jusqu'à l'ombilic parfois même au delà. Sa surface est régulière, lisse ; par sa forme et sa consistance, elle rappelle souvent un utérus agrandi. Dans les tumeurs tant soit peu volumineuses, la consistance est rénitente.

Elle peut siéger à droite ou à gauche ou au contraire être médiane, sus-pubienne. Tous les auteurs

la disent plus fréquente à droite qu'à gauche sans qu'aucun puisse en donner la raison.

Mais l'apparition de cette tumeur est soudaine, on bien elle augmente progressivement, par poussées régulières, mensuelles, coïncidant avec l'époque des règles et les phénomènes douloureux (1). Après avoir augmenté graduellement, elle peut disparaître petit à petit si l'utérus se contractant arrive à évacuer son contenu à travers l'orifice de la cloison, ou soudainement, au milieu d'une crise douloureuse, si l'afflux d'une nouvelle quantité de sang force la cloison. La malade est surprise par une débâcle imprévue, une perte abondante qui fait cesser les douleurs et disparaître la tumeur tout à la fois.

OBSERVATION XLIX

Rétention menstruelle par cloisonnement du vagin

BROCA (2)

Le 6 juin 1899, on nous a présenté à la consultation, une fille de 14 ans, qui toujours bien portante jusque là, s'était trouvée 15 jours auparavant, à la suite de coliques, une tumeur abdominale grosse comme un œuf. Cette tumeur, disait-elle, disparaissait la nuit pour reparaître le matin. Peu à peu elle grossit, et finalement la mère inquiète, vint soumettre l'enfant à notre examen.

Je sentis alors, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur médiane, grosse comme une petite orange, ou plutôt comme un petit citron, car elle était oblongue, à grand axe vertical, Elle descendait jusqu'à 5 cms environ au dessus de la symphyse, était dure, nettement limitée, libre de toute adhérence à la paroi. Indolente, elle pouvait facilement être prise entre les deux mains et envoyée dans le ventre d'un côté à l'autre ; elle était légère-

(1) Lawson Tait. Loc. cit.
(2) Broca. Bulletin médical. 13 janvier 1900. p. 33.

ment abaissable, avec douleur il est vrai, mais ne pouvait être déplacée de bas en haut. Dès qu'on la lachait, elle reprenait sa place sur la ligne médiane, sous l'ombilic.

En présence de ces signes, je conclus qu'il s'agissait d'un utérus légèrement distendu et élevé dans le ventre au-dessus d'une poche formée par du sang menstruel retenu dans le vagin. Si c'était, en effet, l'utérus, comme je le pensais, il était bien évident que la collection sanguine n'était pas dans sa cavité, puisque la tumeur était nettement et de loin séparée de la symphyse. Que la tumeur fut plus grosse qu'un utérus normal, le fait était constant ; mais seule une élongation du vagin distendu permettait une semblable élévation.

L'interrogatoire m'apprit immédiatement que la fille n'avait jamais été réglée ; et les coliques qu'elle accusait au début du mal actuel devaient être considérées comme le premier molimen menstruel. Tout de suite je pratiquai l'inspection dans la position du spéculum : la vulve et l'hymen étaient bien conformés, mais 1 cm environ en arrière de l'hymen, le vagin était manifestement oblitéré ; un stylet même ne trouvait pas sa route.

Cette cloison semblait bien bomber et être dépressible, mais le doigt n'y avait pas assez librement accès pour un examen fructueux. Je fis donc le toucher rectal et je sentis au palper bimanuel, une grosse tumeur ronde, fluctuante, indolente.

Le diagnostic que j'avais posé pour ainsi dire « de chic » se trouvait donc confirmé, et l'indication chirurgicale était d'inciser la cloison vaginale pour donner issue au sang collecté. Rien ne pressait, d'ailleurs, car les souffrances étaient nulles lorsque la malade était couchée ; et s'il y avait des envies fréquentes d'uriner, les mictions étaient libres et indolentes ; les selles également n'étaient pas entravées. Pas de fièvre ; pas de symptômes d'hémorrhagie.

Je remis donc l'intervention à une date ultérieure, et le 8 juin au matin je la fixai au lendemain, parce que, pendant la nuit, étaient survenues des coliques assez violentes, avec épreintes ; la malade en allant à la selle, avait rendu quelques gouttes de sang. A la visite du matin la tumeur me parut un peu plus tendue ; et comme nous nous trouvions à peu près à un mois de la crise initiale de coliques, il s'agissait à n'en pas douter, d'une nouvelle période menstruelle. Au reste, aucun accident sérieux ; ventre

souple, pouls et température normaux ; et je juge inutile d'opérer d'urgence,

Or, le lendemain matin, la distention par une nouvelle arrivée de sang avait eu un résultat que certes je n'avais pas prévu : au milieu de la nuit, au cours de coliques violentes, la cloison vaginale s'était rompue et il était sorti par le vagin une grande quantité de sang noir, en partie coagulé. La veilleuse prétendait qu'il y en avait eu près de 3 litres, ce que je crois fort exagéré, mais j'évalue la poche que j'avais sentie au bas mot à un litre.

Le soulagement fut immédiat. Aucune hémorragie ne continua et je trouvai la malade en très bon état. Dans le ventre on ne sentait plus la tumeur due à l'ascension de l'utérus ; derrière l'hymen on voyait un vagin perméable avec un orifice qu'entouraient quelques lambeaux de la cloison.

A côté de cette tumeur hématométritique, on peut constater, mais rarement, une tumeur latérale, moins volumineuse, allongée en boudin, bosselée, due à la dilatation des trompes par le reflux du sang primitivement contenu dans la cavité utérine.

Passant alors au *toucher vaginal*, après évacuation préalable de la vessie, on peut se trouver arrêter dès l'abord par un hymen intact. On pratiquera alors le *toucher rectal*, si l'orifice hyménéal ne permet pas la pénétration du doigt. L'index perçoit, s'il y a rétention, une tumeur plus ou moins volumineuse formée par un hématocolpos du segment sus-jacent à l'obstacle. Par le *palper bi-manuel*, on sent une fluctuation nette, qui, avec l'histoire de la maladie, permet d'établir l'existence d'une rétention menstruelle par obstacle matériel. Si en même temps on fait le *cathétérisme vésical*, on se rend compte de l'épaisseur des parties molles situées entre la sonde et le doigt explorateur.

Pour savoir approximativement à *quelle distance de*

l'hymen siège la cloison, il suffit d'introduire par l'orifice hyménéal une sonde ou un hystéromètre qui ira butter contre l'obstacle et sur lequel on lit la longueur de la portion accessible du vagin.

Si l'hymen est largement déchiré, le toucher vaginal est facile. Le doigt pénètre sans difficulté jusqu'au moment où, à une distance variable de l'orifice vulvaire, il se trouve, dans le cas de cloisonnement complet, arrêté par une membrane tendue transversalement, plus ou moins résistante, plus ou moins facile à déprimer, suivant la tension du sang contenu dans le segment supérieur. Le *palper bimanuel* provoquera encore la fluctuation que l'on retrouvera également en pratiquant en même temps le toucher rectal et vaginal.

Explorant la *surface* de la cloison du bout du doigt, on se rend compte si elle est lisse ou froncée, irrégulière.

Pour compléter cet examen, il est nécessaire de recourir au *speculum*. Un hématocolpos peu abondant montrera une cloison dont les caractères sont ceux que nous avons exposés au chapitre de l'anatomie-pathologique. On vérifiera aussi l'aspect de sa surface.

Si, au contraire, le sang se distend, elle se présente alors sous la forme d'une tumeur tendue, résistante, violacée, faisant saillie dans le vagin ou même à la vulve, comme le fait a été observé dans une observation de Broca, par ailleurs intéressante à d'autres points de vue et que nous donnerons plus loin, ou encore dans celle de Langsdorff que voici.

OBSERVATION L (Résumée)

Cloisonnement transversal complet du vagin d'origine congénitale

LANGSDORFF (1)

Le 19 juin 1902 ; je suis appelé pour une jeune fille de 19 ans, qui souffrait d'une rétention d'urine et qu'une sage-femme n'était pas arrivée à cathétériser.

Fille bien développée, organes génitaux externes normaux. Les grandes lèvres sont cependant très étroites et molles ; les petites lèvres se présentent comme des plis forts mais étroits. Quand on écarte les grandes lèvres, le vestibule se présente comme une demi-sphère, rempli comme par une balle de caoutchouc. L'hymen forme un crête très fortement saillante, tendue en forme de demi-lune. Entre cet hymen et la tumeur existe un profond sillon. Je ne peux trouver immédiatement l'entrée de l'urètre, car il est complétement caché sous un pli. J'arrivai enfin à introduire une sonde de Nélaton flexible, par laquelle se vida presque 1 litre d'urine claire, au grand soulagement de la malade. On sentait alors au toucher rectal, le vagin rempli et tendu en forme de saucisse jusqu'à l'utérus.

La malade fut conduite le lendemain matin à la clinique de Fribourg. Je vidai la vessie, désinfectai les organes génitaux, puis plantai un trocart dans le haut de la tumeur et vidai par aspiration une seringue pleine d'un liquide noir, épais. J'enlevai la seringue et laissai couler par le trocart ce liquide autant qu'il en voulut bien sortir, environ 80 cc. Quand l'écoulement s'arrêta, je pris un trocart de la grosseur d'un crayon et l'enfonçai à la même place après avoir tendu la tumeur avec l'index gauche introduit dans le rectum. Je retirai le mandrin et il s'écoula encore environ un demi-litre du même liquide sous pression. En dernier lieu la canule du trocart fut mobilisée dans toutes les directions, le vagin exprimé par le rectum, puis rempli avec une solution diluée de créoline, jusqu'à ce que quelques mucosités rougeâtres s'écoulent.

Plusieurs dilatateurs de Hégar furent ensuite introduits (jusqu'au n° 10) et l'ouverture fut agrandie des deux côtés avec un bistouri boutonné ; puis le vagin fut bourré de

(1) Langsdorff. Centralbl. für Gynæk. 1902. p. 980.

mèches iodoformées. Ce tamponnement fut renouvelé plusieurs jours de suite.

Pas de température. Soulagement marqué.

Exactement 4 semaines après, la menstruation se rétablit de façon normale.

L'entrée du vagin était cicatrisée et perméable au dilateur n° 10,

L'épaisseur de la membrane obturante était d'environ 5 mms.

De plus, l'examen au spéculum pourra seul montrer si la cloison est *complète ou incomplète*. Sans doute, elle est presque toujours complète lorsqu'il y a rétention menstruelle ; mais nous avons vu aussi qu'un très petit orifice peut s'obturer, ou être imperceptible et l'inspection directe laissera voir alors un léger écoulement sanguin ou filtrer quelques bulles d'air qui permettront de reconnaître cet orifice.

OBSERVATION LI

Cloison transversale du vagin ; grossesse, accouchement sans intervention chirurgicale

CAZEAUX (1)

Dans le cours de l'année 1837, se présenta à l'hôpital une jeune femme arrivée au dernier mois de sa grossesse. En pratiquant le toucher, on sentit que le doigt était arrêté à 3 ou 5 cms de profondeur, par une cloison parfaitement lisse et n'offrant aucune ouverture sensible au doigt. En l'examinant au spéculum, on put s'assurer que l'obstacle qui arrêtait le doigt était une membrane adhérente aux parois du vagin, dont elle obtruait, en ce point, complètement la cavité. En poussant l'instrument et en la distendant avec son extrémité, sa surface présentait à peu près un pouce de diamètre. Vers le tiers supérieur et droit de cette cloison, on distingua un petit pertuis, par lequel suintait quelques gouttelettes d'un liquide séro-purulent. Ce ne fut qu'avec

(1) Cazeaux. Traité des accouchements, 1870, p. 690, en note.

peine qu'on parvint à faire pénétrer l'extrémité d'un stylet mousse par cette petite ouverture obliquement dirigée de bas en haut, et d'avant en arrière : l'instrument arriva alors dans une espèce de chambre postérieure qui constituait la partie supérieure du vagin. Dès lors, on s'attendit à quelques difficultés au moment de l'accouchement ; aucun accident du reste, n'avait entravé la marche de la grossesse. Cette femme fut prise tout-à-coup et pendant la nuit de douleurs assez faibles pour qu'elle ne crut pas à un commencement de travail ; mais vers les 5 heures du matin survinrent des douleurs très énergiques et très rapprochées, qui suffirent à l'expulsion du fœtus. Les suites de couches furent très heureuses.

15 jours après, je constatai que la cloison avait été déchirée en trois lambeaux distincts, un inférieur et deux supérieurs. Depuis j'examinai plusieurs fois cette femme, et j'ai pu m'assurer que les lambeaux sont restés isolés.

OBSERVATION LII (Résumée)

Diaphragme transversal du vagin dont l'orifice est obstrué par des formations kystiques. Accouchement sans intervention chirurgicale

LEPAGE (1)

L. X.. 18 ans 1/2, primipare. Réglée à 14 ans 1/2, régulièrement ; durée des règles 2 ou 3 jours. Règles douloureuses.

Cette jeune femme est envoyée avec le diagnostic de malformation utérine ou de grossesse ectopique possible.

Le toucher vaginal étant très douloureux sans anesthésie, on donne quelques gouttes de chloroforme et on constate que l'hymen, bien que déchiré, persiste partiellement sous forme de languettes. Le doigt va à la recherche du col et ne le trouve pas. En effet, on trouve à la partie moyenne du vagin, des formations kystiques de coloration blanchâtre qui l'obstruent. On les détache avec le doigt ou les ciseaux ; elles se présentent sous l'aspect de grains blanchâtres, du volume et de la forme d'un gros pois ou d'un haricot blanc qu'elles simulent parfaitement, et sont formées d'une enveloppe mince contenant de la substance sébacée.

(1) Lepage. Soc. d'Obst. de Gyn. et Ped. de Paris. Séance du 9 nov. 1908.

Le vagin désobstrué par l'ablation de ces grains, on se rend compte de la malformation vaginale, constituée par un diaphragme transversal à bords tranchants, percé d'un orifice central, et dont la lèvre postérieure est surtout développée.

Des formations kystiques sont développées sur sa face supérieure et s'engagent dans l'orifice. Au-dessus du diaphragme, col petit, entrouvert, aminci par la tête fœtale très engagée ; l'orifice interne et l'externe sont presque au contact ; légère hémorrhagie.

8 jours après on constate une présentation en OIGA. Le col utérin est assez difficilement accessible, son exploration étant gênée par la présence du diaphragme qui le précède. La tête, volumineuse, appuie par l'intermédiaire de la poche des eaux sur l'orifice. Le diaphragme est rigide et fortement tendu par la pression de cette poche. 2 heures après, la dilatation du diaphragme paraît vouloir accompagner celle du col. 4 heures plus tard, le pourtour de l'orifice du diaphragme vaginal paraît être moins rigide ; il semble que les deux orifices, diaphragme et col, vont se dilater simultanément.

Au bout de 4 nouvelles heures, il n'y a plus trace de bride ni de diaphragme vaginal, l'accouchement se termine normalement. Suites de couches normales.

Un mois après, on constate sur les parois latérales du vagin une petite bride cicatricielle qui siège à gauche à 4 cms de l'orifice vulvaire et qui, à droite, est sur un plan légèrement postérieur.

Scanzoni (1) reconnut ainsi deux fois l'orifice ; une fois un petit bouchon de mucus dont l'extrémité faisait saillie en indiqua la place ; une autre fois il dut attendre l'époque des règles pour voir l'orifice imperceptible qui leur donnait issue.

Déduire de ces moyens d'investigation l'épaisseur de la membrane est impossible. On ne peut en tirer que des signes de présomption : la membrane sera d'autant plus mince que la fluctuation sera mieux perçue ou que sa teinte sera plus bleuâtre ou plus viola-

(1) Scanzoni. Loc. cit. p. 420.

cée par le sang retenu derrière elle, que sa surface sera plus lisse et sa consistance plus homogène. Le toucher rectal viendra utilement, par la perception sur la cloison recto-vaginale d'un point résistant plus ou moins étendu, apporter sa contribution à ces présomptions.

S'il s'agit d'une cloison transversale incomplète, surtout si elle est haut située, elle ne sera reconnue qu'au moment de l'accouchement, à moins que l'impossibilité ou la difficulté des rapports sexuels, ou une affection intercurrente, appelle sur elle l'attention du médecin.

Le doigt se trouve arrêté à une certaine distance de la vulve ; après quelques recherches, il découvre l'orifice, qu'on croira tout d'abord être l'orifice du col utérin, mais l'absence de culs-de-sac, le manque de proéminence du col empêcheront de s'arrêter à cette opinion, sauf les cas où l'exploration a lieu au voisinage de l'accouchement et peut provoquer une cause d'erreur.

Parfois, la cloison se déchire lorsqu'on introduit le doigt dans son ouverture ; elle se laisse suffisamment déprimer pour sentir au-delà, quand elle occupe le segment supérieur, le col.

Si l'orifice donne passage au doigt, celui-ci pénètre dans la cavité supérieure, apprécie ses dimensions, y reconnaît le col utérin. Recourbé en crochet, il évalue l'épaisseur de la cloison d'une façon précise.

Mais si l'index ne pénètre pas à travers ce diaphragme un stylet ou une sonde utérine parviennent à le franchir et donnent sur la distance de la membrane au col utérin des renseignements suffisants.

Du reste, la hauteur de l'obstacle et la longueur moyenne du vagin étant connues, fixent approximativement l'étendue du segment supérieur.

Quant aux simples brides, elle ne sont soupçonnées qu'à l'accouchement et leurs signes physiques sont identiques à ceux des diaphragmes à large ouverture.

Tous les moyens d'investigation énumérés : *toucher vaginal, toucher rectal, cathétérisme, examen au spéculum,* doivent être mis en œuvre, chacun d'eux a son importance. L'examen au spéculum fournit sans conteste le plus de renseignements : *aspect extérieur de la cloison, sa stucture, sa vascularité, le nombre des orifices* qu'elle présente. Il ne saurait cependant faire négliger aucun des autres.

Au reste, nous devons ajouter que si, dans ces cas, l'hématocolpos est habituel, l'hématométrie est beaucoup moins fréquente.

DIAGNOSTIC

La symptomatologie et plus particulièrement les signes physiques fournissent tous les éléments nécessaires au diagnostic. Nous n'y reviendrons pas.

Le toucher et l'examen au spéculum permettront de poser non seulement un *diagnostic certain*, mais encore de faire le *diagnostic anatomique* et le *diagnostic du siège* de l'obstacle.

Par ces moyens, rien n'est plus simple que de constater l'*existence* d'une cloison complète. Mais si la malade se refuse à l'examen détaillé ou si l'hymen est intact le toucher rectal, le palper abdominal et les signes rationnels permettent de diagnostiquer la lésion d'une façon suffisamment certaine pour conduire à une intervention chirurgicale.

La douleur dans les rapports sexuels relevant de la brièveté du vagin, les souffrances au moment de l'écoulement menstruel par un orifice trop étroit ne peuvent suffire à poser un diagnostic ferme de cloison incomplète. *Le toucher vaginal est absolument indispensable.* Si le doigt trouve passage à travers la membrane, perçoit en se recourbant de l'autre côté la cavité formée par le segment supérieur, et le col utérin, on est fixé de suite. Le diamètre de l'orifice est-il insuffisant,

si la membrane n'est pas assez dépressible pour qu'on puisse sentir à travers elle le col utérin, il faudra recourir au *toucher rectal* qui renseignera sur la distance de l'utérus à l'obstacle, à condition qu'on ait eu la précaution de laisser un doigt au contact de la membrane, ou d'introduire une sonde par l'orifice qui indiquera la longueur du segment supérieur. Cette sonde jouera librement dans la cavité, rencontrera le col, chose que l'on ne peut exécuter ou percevoir si elle était introduite dans l'utérus lui-même.

La cloison présente-t-elle deux orifices, une sonde introduite dans chacun d'eux rencontrera la voisine au-delà.

De plus, la consistance spéciale du col utérin exposera rarement à une méprise un clinicien averti de la possibilité de ces malformations.

L'examen au spéculum complètera ces renseignements. Il fera voir la place de l'orifice ou des orifices s'il en existe plusieurs, et permettra d'apprécier les caractères de la membrane. Il confirmera en somme les données précédentes.

Reste à établir le *diagnostic différentiel.*

Ecartons tout d'abord *l'aménorrhée* qui n'offre point la même symptomatologie douloureuse et ne s'accompagne pas de tumeur abdominale. On a pu croire aussi à une simple *rétention d'urine*, mais l'évacuation de la vessie laisse subsister la tumeur suspubienne. La *dysménorrhée*, dans les cloisons incomplètes peut être invoquée, mais en cherchant l'étiologie on arrive par déduction à la reconnaître d'origine mécanique, et on se touve ainsi conduit au diagnostic exact.

La tumeur ne sera pas confondue avec un *fibrome intra-ligamentaire*, ni avec un *kyste de l'ovaire*. Les signes habituels de ces deux affections sont trop différents pour provoquer une bien longue hésitation.

Il est néanmoins quelques lésions qui pourraient au cours d'un examen amener quelques troubles dans l'esprit de l'obervateur.

1°. — *Un hymen refoulé dans la cavité vaginale.* La confusion ne paraît guère possible à un examen sérieux. Ygonin semble pourtant s'être mépris.

OBSERVATION LIII

Accouchement naturel dans un cas d'imperforation incomplète du vagin

YGONIN (1)

M. Ygonin fut appelé, en octobre 1846, auprès d'une femme grosse, à terme. Cette dame mariée depuis un an, avait eu toute sa vie, à chaque époque menstruelle, des douleurs très fortes comparables à celles de l'accouchement. Son mari éprouva de grandes difficultés dans les premières approches. Malgré tous ses efforts, il ne put pénétrer d'abord qu'à la profondeur de 5 cms ; plus tard, il parvint jusqu'au fond du vagin, mais en sentant toujours le même obstacle, qui semblait avoir cédé à l'impulsion sans se rompre.

Devenue enceinte au bout de 3 mois, et arrivée sans accidents à terme, elle sentit des douleurs d'abord peu prononcées mais comme la dilatation du col ne faisait aucun progrès après 24 heures, M. Ygonin pratiqua le toucher, et trouva en premier lieu, une dilatation considérable de l'urètre qui permettait d'y introduire l'extrémité du petit doigt. A travers la paroi inférieure de la vessie, on sentait l'enfant qui n'était séparé de cet organe que par la paroi antérieure de l'utérus.

Le doigt porté dans le vagin, trouvait au fond la membrane hymen qui avait acquis une consistance beaucoup

(1) Ygonin. Gaz. médicale de Paris, 1849, p. 547.

plus grande qu'à l'état normal, et qui n'offrait à son centre aucune ouverture, du moins assez appréciable pour être perçue par le toucher. A travers les parois du fond de cette cavité, on sentait, mais d'une manière plus obscure qu'à travers les parois de la vessie, la tête de l'enfant séparée du doigt d'une part, par la paroi inférieure de l'utérus, de l'autre par la membrane hymen.

M. Ygonin jugea convenable d'attendre qu'il survint une forte douleur, qui, en faisant contracter l'utérus, pousserait en même temps la tête au détroit inférieur, et rendrait par conséquent plus saillant à l'extérieur le fond de la cavité formée par la membrane hymen. A ce moment armé d'un bistouri garni de linge jusqu'à 4 lignes de son extrémité et muni à sa pointe d'une boulette de cire, il procéda à l'opération en pratiquant sur la membrane hymen une incision cruciale. A l'instant même, les eaux s'écoulèrent, il sentit la tête à travers le col de l'utérus, qui était fortement dilaté, se présentant en première position, et l'accouchement se termina ainsi sans accidents graves consécutifs.

Cette membrane ne saurait se laisser refouler bien haut dans le vagin; elle se rompt plutôt lors des premiers rapports sexuels. L'aspect de son orifice est plus ou moins frangé, irrégulier. La recherche minutieuse des caroncules myrtiformes lèvera tous les doutes.

2°. — *Une absence congénitale de la portion vaginale du col compliquée de brièveté du vagin.* Ce diagnostic peut être assez difficile, surtout s'il doit être fait à une époque rapprochée du terme de la grossesse.

Depaul (1) dans ses Leçons de clinique obstétricale, parlant de l'état du col s'exprime ainsi: « Tantôt le col a conservé la longueur qu'il avait à la première grossesse; tantôt, ce qui est plus fréquent, il est diminué de longueur et augmenté de largeur. Il peut arriver qu'il soit réduit à un bourrelet plus ou moins pro-

(1) Depaul. Leçons de clinique obstétricale, 1874, p. 113.

noncé; que l'une des lèvres ait été complétement détruite, ou même qu'il n'existe plus du tout, un simple orifice plus ou moins serré faisant alors communiquer la cavité utérine avec la cavité vaginale. Cette dernière disposition peut être congénitale· Dès lors, il est facile de s'expliquer la possibilité de l'erreur de diagnostic. Quoique le fait soit fort rare, il est rapporté dans l'observation de Delaunay, dans celle de Bourdon.

Dans le cas de cloisonnement transversal on ne trouve pas l'inégale densité qui existe dans le fond du vagin quand il y a absence congénitale de la portion vaginale du col. En effet, la partie centrale, qui circonscrit l'orifice utérin, est plus résistante et se laisse difficilement déprimer, de par sa constitution et le voisinage du corps. Le cloisonnement transversal jouit d'une mobilité relative et parfaitement indépendante, tandis que dans l'autre hypothèse le fond du vagin ne peut se mouvoir isolément et se laisser refouler en haut sans que par le palper bimanuel on ne sente le corps refoulé également.

Au voisinage de l'accouchement, le diagnostic sera certainement plus délicat du fait du ramollissement du col et de son effacement progressif. Nous touchons là à une autre erreur possible :

3°. — *Un col utérin normal en voie d'effacement et de dilatation*. Le toucher nous renseignera ; on sentira la tête appuyée directement sur le tissu utérin; il y aura des modifications dans la consistance au moment des contractions. Aussi la confusion est-elle exceptionnelle. Mais si le travail d'expulsion reste station-

naire, si les contractions cessent, ou dans le cas de Carter, la « possibilité » peut en surgir.

OBSERVATION LIV

Cloison intra-vaginale chez une femme en couches Division. Accouchement

C. Carter (1)

Dans la nuit du mardi, 29 novembre, M. Carter fut appelé pour une femme qui était en travail depuis le samedi de la semaine précédente. Les douleurs avaient été violentes d'abord, puis elles s'étaient calmées ; ensuite elles étaient revenues avec force plusieurs fois, sans que l'accouchement pût se faire. A son arrivée le chirurgien trouve la femme sur le lit de misère, faisant des efforts inouïs pour accoucher ; l'enfant présentait le sommet de la tête ; les douleurs étaient très vives et elles le sont devenues encore davantage par l'administration du seigle ergoté, mais la tête n'avançait point. Après une courte attente, il a observé les forces de la patiente s'épuiser, le délire et les symptômes amaurotiques survenir. Il a recours au forceps qui ne peut avoir de prises malgré que la vessie ait été préalablement vidée. En portant alors un doigt au-dessus du sommet de la tête, l'accoucheur constate une sorte de cloison fort tendue, coiffant ladite région de l'enfant. Il croit d'abord avoir affaire au museau de tanche, mais en la circonscrivant attentivement avec le doigt, il reconnaît une membrane charnue, très résistante, de forme pyramidale, à base supérieure, s'étendant depuis le clitoris et les nymphes de chaque côté jusqu'à la fourchette, et divisant complètement le vagin en deux parties. Son bord interne ou postérieur est falciforme et aigu, l'antérieur ou externe est épais ; vers la partie supérieure elle offre une épaisseur de deux pouces.

Le chirurgien divise cette cloison de dedans en dehors avec précaution à l'aide d'un canif bien tranchant. Les deux lambeaux s'étant immédiatement rétractés, l'accouchement se serait achevé spontanément sans la faiblesse extrême de la femme et l'état cadavérique de l'enfant. Ces circonstances ont obligées l'opérateur d'avoir recours à des moyens artificiels pour faciliter la sortie de l'enfant. La femme guérit.

(1) Christophe Carter. Gaz. médicale de Paris, 1837, p. 329.

4°. — *Le col déformé par plusieurs accouchements est presque complètement disparu.* L'existence de culs-de-sac, la situation haute de l'orifice, la résistance du point rétréci, contribueront à établir le diagnostic.

Danyau rapporte un cas où une récidive l'aurait exposé à cette méprise s'il n'avait au préalable constaté ce vice de conformation.

OBSERVATION LV (Résumée)

Diaphragme transverval complet (?)

(Maternité de Nancy. Observ. 104. Année 1919)

Marie M..., 23 ans, cultivatrice, primipare, entre à la Maternité le 6 mars 1919.

Premières règles à 14 ans ; depuis elles ont été irrégulières, peu abondantes ; elles étaient précédées de douleurs dans le bas ventre, qui disparaissaient dès l'apparition de l'écoulement.

La femme accuse des rapports sexuels extrêmement douloureux.

Des vomissements se produisent pendant les deux premiers mois de la grossesse. La sage-femme consultée au cours de la gestation, constate l'existence d'une cloison dans le vagin et envoie la femme à la maternité,

Au toucher, l'index ne peut pénétrer dans le vagin que sur une longueur de 4 cms environ. Il est arrêté par un diaphragme transversal. Le doigt perçoit une dépression en forme de croissant siègeant un peu en arrière du centre de l'excavation. L'examen au spéculum révèle l'existence d'un pertuis situé vers le centre de la membrane et par lequel on arrive à faire pénétrer une sonde de tout petit calibre,

La femme entre à la salle de travail le 20 mai, à 1 heure on constate l'expulsion d'un bouchon glaireux. Par le toucher, on se rend compte que le diaphragme vaginal s'est considérablement assoupli et on note un léger relief, en forme de fer à cheval, dont la concavité regarde en haut.

A 2 heures 40, rupture de la poche des eaux. A ce moment, le diaphragme est dilaté comme 2 frs, surtout dans

sa moitié antérieure. A 3 heures, le diaphragme a disparu et s'est confondu avec les parois vaginales.

Accouchement normal à 3 heures 15. Enfant de 3.700 grammes. Durée du travail : 4 h. 15.

Le toucher montre que le cloisonnement vaginal a totalement disparu et il semble que les parois vaginales sont indemmes de toutes déchirures.

10 jours après l'accouchement, on touche de nouveau; on trouve à gauche, un repli falciforme constitué par une bride cicatricielle saillante. On constate, à droite, une déchirure assez profonde intéressant la paroi vaginale et causée probablement par la désinsertion de la membrane.

En plus de ces erreurs possibles que nous trouvons signalées dans différents ouvrages, mentionnons :

5°. — *L'absence d'utérus avec les deux trompes s'ouvrant dans le vagin*, qui peut être confondue avec la cloison transversale à deux orifices. Le toucher rectal qui ne trouve pas le corps utérin lève la difficulté.

6. — *L'hématocèle enkystée, intra-péritonéale*. Les antécédents, le début soudain, l'état de la malade, la forme de la tumeur, sa consistance, les caractères perçus au toucher nous guideront, avec la délimitation exacte de l'utérus et sa situation.

7°. — Nous avons déjà vu que l'erreur pouvait être faite avec une *grossesse* ; nous n'y reviendrons pas.

C'est surtout au moment du travail qu'il est important de préciser le diagnostic et de ne pas commettre l'erreur qui consiste à prendre une cloison pour une *poche des eaux*, pour une *dilatation sacciforme du segment inférieur de l'utérus*, ou pour une *bosse séro-sanguine* siégeant sur la tête du fœtus.

Un toucher vaginal attentif, une exploration complète, méthodique, mettront à l'abri de toute confusion possible et permettront d'établir un diagnostic ferme en songeant à la possibilité de cloisons multiples.

Le diagnostic des brides vaginales est des plus simple. Il n'est fait d'ordinaire qu'à l'accouchement et alors on ne saurait s'y tromper.

Quant au *diagnostic étiologique* des cloisonnements congénitaux, nous renvoyons pour celà au chapitre de la pathogénie où on trouvera les différentes causes qui ont été invoquées.

PRONOSTIC

Le pronostic des cloisonnements vaginaux varie suivant le cas.

1° Dans les CLOISONS COMPLÈTES, les signes que nous avons mentionnés : troubles menstruels, rétention des règles, hématométrie succédant à l'hématocolpos, constituent les dangers à redouter, avec ceux qui en découlent. La distention exagérée des organes génitaux peut amener des accidents tels que la *rupture de l'obstacle,* qui ne sera qu'un mode de guérison spontanée, s'il ne se produit pas *d'infection* consécutive des voies génitales ; la dilatation des trompes par le sang retenu ou *hématosalpynx* dont l'aboutissant, après rupture de celle-ci, sera le *passage du sang dans la cavité péritonéale.* Quelques cas en ont été signalés, Schuh en rapporte un exemple.

Notons encore la *rupture des organes contenants* et la *déviation des régles* (Beyran).

OBSERVATION LVI

Déviation menstruelle et cloisonnement du vagin

DE SYNÉTY (1)

X..., 26 ans, mariée depuis 4 ans, vient nous consulter

(1) de Sinéty. Rev. de Gyn. et de Chir. abdom., 1904, p. 39.

pour des troubles multiples, consistant en douleurs de reins et de tête fréquents. Gêne de la respiration, sensation d'étouffement et d'une boule qui remonte à la gorge (boule hystérique). Cette femme nous raconte qu'à l'âge de 10 ans elle a eu des hémorragies du côté des muqueuses, nez, vulve, anus, et du côté de la peau sous forme de purpura. Ces accidents la forcèrent à garder le lit pendant plusieurs semaines. Puis tout rentra dans l'ordre. Depuis cette époque, la malade était sujette à des épistaxis fréquentes, mais sans régularité. Ni molimen menstruel, ni issue de sang par les organes génitaux jusqu'à l'âge de 20 ans. A partir de cette date, on observe une perte de sang par l'anus. Cette perte se montre d'une façon régulière.

A l'examen, on constate que les organes génitaux externes sont normaux, le clitoris et les petites lèvres très développés, le bassin et les seins fort bien constitués.

En pratiquant le toucher vaginal, on est arrêté à 3 ou 4 cms. de la vulve par un cul-de-sac ne présentant ni ouverture, ni pertuis d'aucune sorte. Les organes internes ne sont pas perceptibles par ce mode d'exploration. Par le toucher rectal, on trouve une saillie correspondant à un utérus de dimension ordinaire. Rien qui rappelle l'ovaire au toucher ni au palper combinés, ce qui n'est pas surprenant, vu l'épaisseur des parois abdominales.

Les règles continuent à apparaître régulièrement par l'anus. La malade est revue 2 ans après, au moment de ses règles : aucune tumeur ni hématome, rien n'est changé à la cloison vaginale.

Le sang peut encore s'épancher dans le péritoine par une hémorragie provenant de la déchirure des adhérences à la suite de la suppression brusque de la distension.

Tout ces faits sont de nature à aggraver singulièrement le pronostic; mais il est rare que la lésion évolue jusqu'à ce degré de gravité, car les malades n'attendent pas si tard pour venir consulter un médecin; leurs souffrances les y poussent.

Il faut aussi avoir présent à l'esprit qu'une femme

atteinte de cette malformation est condamnée à la *stérilité* et cette inaptitude à la fécondation à son importance au point de vue social.

Enfin, l'intervention peut ne pas être aussi bénigne qu'elle semblerait. Locatelli, Trélat et Chantreuil, Collinet ont perdu leurs opérées de péritonite.

2° — Les cloisons incomplètes sont d'un pronostic généralement favorable. Elles peuvent cependant causer un *obstacle aux rapprochements sexuels* et même à la *fécondation*. Si celle-ci a lieu, on peut assister à la résorption de la cloison. Ces tissus anormaux subissent de profondes pertubations sous l'influence des modifications qu'amène l'état puerpéral. De là viendraient à la fois le danger de la rupture utérine, la facilité de déchirure de la cloison vaginale ou l'extensibilité inespérée des brides congénitales. (1).

Au moment de l'accouchement, la déchirure de la membrane, quelle que soit la nature, peut se produire spontanément. Si non, ces brides sont une cause de *dystocie,* peu grave en général.

La malformation n'a aucune action sur la vie du fœtus. La période de dilatation est quelque fois plus longue que normalement. La durée du travail et la période d'expulsion ne semble pas, dans la majorité des cas, avoir été sensiblement augmentées. Toutes les femmes ont accouché à terme, il n'y a pas eu d'accouchements prématurés.

Le nombre d'intervention est assez réduit, l'expulsion du fœtus se faisant spontanément. Quand il n'en a pas été ainsi, le débridement du diaphragme ou la

(1) Pozzi. Loc. cit.

section d'une bride, quelquefois une application de forceps ont terminé rapidement l'accouchement. La mortalité maternelle et fœtale est nulle. (1).

Il existe pourtant des cas malheureux, où de simples incisions qu'on aurait pu croire inoffensives ont été suivies d'*accidents* funestes ; leur possibilité devra toujours engager l'accoucheur à rester, au point de vue pronostic, dans une sage réserve.

Néanmoins, ces causes d'aggravation du pronostic sont peu fréquentes, et on peut dire, qu'en général, si celui-ci n'est pas absolument bénin, il reste favorable.

(1) Collon. Loc. cit. p. 61.

ÉVOLUTION - COMPLICATIONS - DYSTOCIE

Les symptômes auxquels donnent lieu les cloisonnements du vagin par leur aggravation même constituent les complications.

La *rupture* de l'obstacle peut être le résultat des efforts du mari lors des premiers rapprochements sexuels. Une douleur plus accentuée, à laquelle la femme ignorante ne prêtera pas plus d'attention qu'à la déchirure hyménéale : le fait reste ignoré.

L'obstacle peut être levé chirurgicalement.

Mais si la terminaison n'est pas en ces deux hypothèses, si, d'autre part, la membrane est mince, comme à chaque période menstruelle il s'ajoute une certaine quantité de sang à celui déjà retenu, il arrive un moment où cette membrane très fortement distendue, et encore amincie par le fait, cède sous la pression de cette distension. Le sang s'écoule dès lors, les accidents cessent, et si la réunion des lévres de la déchirure ne se fait pas, la guérison est ainsi obtenue.

Par contre, *la cloison est-elle plus épaisse, la rupture spontanée ne se fera pas*. Les symptômes s'accentuent, la dyspepsie, les vomissements répétés, le rapprochements des crises, la continuité des douleurs

usent les meilleures constitutions et mènent peu à peu au marasme, à une véritable consomption.

A ce stade on observe quelquefois une *déviation des règles*. (1). Le fait a été constaté par Fabrice de Hilden : la déviation se produisait sur la pituitaire (2) ; par Bouchet (3). Pour les reins et la vessie, par Lisfranc (4) et par Carteaux (5).

Puech rapporte un cas d'atrésie du col où l'hémorragie se produisait par des varices du front, du cuir chevelu de la face (6) et un autre cas, où on observait des ecchymoses sur l'abdomen et les membres inférieurs (7).

Les cloisons incomplètes peuvent provoquer l'accumulation de sécrétions vaginales dans la partie supérieure du conduit. L'*infection* de ce vagin profond est possible et la *propagation ascendante* peut survenir, surtout au moment du flux menstruel qui sert de fil conducteur à l'infection. Cette complication s'observe principalement lorsque le cloisonnement est profond, car, non seulement, les glandes sont particulièrement nombreuses dans les culs-de-sac vaginaux, mais ces obstacles restent longtemps méconnus et ne se révèlent guère que par des signes d'inflammation.

(1) Lawson Tait. Loc. cit. — de Sinéty. Loc. cit.
(2) Fabrice de Hilden. Centuria 3. Observation 60. Genève 1679.
(3) Bouchet. Gaz. Médic. de Lyon, 1858, p. 375.
(4) Lisfranc. Arch. de Méd., 1827, T. XV, p. 470.
(5) Carteaux. Journ. de Méd. et de Chir. prat., 1830, T. I., p. 154.
(6) Puech. Loc. cit., p. 53.
(7) Puech. Loc. cit., p. 50.

OBSERVATION LVII

Vagin cloisonné transversalement chez une femme atteinte de vaginite récente

Professeur Vautrin

Une jeune fille de 18 ans, Mlle R..., de Nancy, vient me trouver en février 1915 pour une vaginite blennorrhagique contractée quelques jours auparavant.

La vulve, est rouge, tuméfiée, souillée de liquide purulent verdâtre. L'hymen porte des traces d'effraction récente, caractérisées par trois petites plaies linéaires encore saignantes. La malade affirme qu'un seul coït a eu lieu il y a dix jours.

Le vagin est très rouge et ses parois sont œdémateuses. Le petit spéculum est introduit difficilement, non sans douleur. A 2 cm. au-dessous de l'hymen, l'instrument est arrêté par un obstacle très douloureux. Cet obstacle est constitué par un pli vaginal en forme de croissant inséré sur le bord latéral gauche du vagin et sur la paroi postérieure. Une ouverture de forme ovalaire, pouvant admettre la pulpe de l'index au maximum, se trouve disposée le long de la paroi latérale droite de l'organe. La forme de ce pli, son épaisseur, la régularité de ses bords tuméfiés par l'infection indiquent assez qu'il n'est pas un produit d'inflammation, ni un rétrécissement acquis.

Après section au bistouri sur son milieu, ce pli s'étale et laisse perçevoir derrière un flot de liquide purulent un deuxième rétrécissement analogue situé au niveau du releveurde l'anus autour du vagin Ce rétrécissement, formé par un pli membraneux inséré sur tout le pourtour du vagin, y compris la paroi vésicale, portait un orifice central à bords frangés en forme de cœur de carte à jouer, dont l'étendue pouvait admettre un gros pois. Une incision au bistouri vers les parois antérieure et postérieure du vagin, suivant un diamètre antéro-postérieur fait tomber ce voile membraneux assez épais et charnu au contact du vagin et permet de voir en arrière les culs-de-sac vaginaux très enflammés et le col utérin, situé à 4 cm environ au-dessus du rétrécissement supérieur.

Après ces débridements, la désinfection du vagin se fit aisément, ainsi que celle du col, et la vaginite se trouva rapidement conjurée. Cette malade n'a plus été revue dans la suite.

L'hématocolpos produit, si l'obstacle résiste, l'utérus se dilate à son tour, il y a *hématomètrie*. Si la cause des troubles observés reste inconnue, ce qui est rare quand les choses atteignent ce degré, d'autres complications surgissent. L'orifice utérin des trompes peut être forcé par le sang retenu sous tension dans la matrice ; la trompe alors se distend elle-même, on a un *hématosalpynx*. Puech dit que sur plus de 300 cas où le sang n'avait pas d'autre issue. ce reflux ne s'est produit que 16 fois. C'est donc une complication rare. Cependant Locatelli l'a observée, Schuh également. Ces trompes dilatées se sont rompues, le sang s'est répandu dans la cavité péritonéale et les deux malades sont mortes de *péritonite*. (1)

OBSERVATION LVIII

Coalescence vaginale. Rétention des menstrues

SCHUH (2)

Une jeune fille de 22 ans, présentait une coalescence solide du vagin située trois lignes au-dessus des caroncules myrtiformes. Rétention des menstrues, douleurs, tumeur sensible par le rectum ; une autre dans le bassin plus petite. Opération, écoulement de sang, 2 jours après, mort. A l'autopsie, trompe de Faloppe gauche rompue au niveau d'un dépôt formé par le sang des règles arrêté.

On pourra prévoir cette complication par le palper abdominal qui fera sentir les trompes augmentées de volume et douloureuses.

La rupture pourra se produire en un autre point des voies génitales, avec la même gravité. *L'utérus* en effet

(1) Décès. Bull. Soc. Anat., 1854, p. 222.
(2) Schuh. Wien. Wohnbl., 1857, 31 (obs. résum. par Cavasse, dans l'annuaire 1857).

augmentant de volume peut en être le siège. Il y a alors hémorragie cataclysmique, comme dans une grossesse extra-utérine rompue, et inondation de la cavité péritonéale. Puech (1) en rapporte en exemple dans un cas d'oblitération du col par une tumeur.

Mélangé aux sécrétions utérines et vaginales, toujours septiques, le liquide épanché provoque une *péritonite aïgüe* qui emporte rapidement les malades.

Il n'en est pas toujours ainsi. L'utérus, les trompes ont pu contracter des *adhérences* soit avec les organes voisins, soit avec les parois. Dans le premier cas, si la rupture survient, le liquide se vide dans l'estomac, l'intestin, le rectum. Cette évacuation a lieu en une seule fois et la malade se trouve brusquement soulagée, ou il persiste une *fistule* qui permettra aux règles suivantes de s'éliminer à l'extérieur. La perforation siège alors plus habituellement sur le *vagin*, et on a une fistule urétro-vaginale, comme dans le cas de Sabathier, ou une fistule recto-vaginale, comme dans celui de Beyran.

OBSERVATION LIX

Vices de conformation des organes génitaux et urinaires
Imperforation du vagin

BEYRAN (1)

Mme Ch.., 20 ans éprouve chaque mois, depuis l'âge de 14 ans, des troubles dans la santé, caractérisés par de violentes douleurs à l'hypogastre, aux aines, à la région sacro-lombaire, avec envies fréquentes et difficulté d'uriner en même temps que des céphalalgies, des éblouissements, des oppressions, des nausées, des vomissements; et enfin un

(1) Puech. Loc. cit.
(1) Beyran. Gazette des Hôpitaux, 1862, p. 426.

état de faiblesse et de malaise général très remarquables.

Ces troubles persistent pendant 4 ou 5 jours, et sont remplacés par un écroulement de sang pur qui a lieu par le rectum sous la forme d'un flux hémorroïdal, après quoi tout rentre dans l'ordre, et toute souffrance cesse jusqu'à la réapparition des mêmes phénomènes le mois suivant, à l'époque des menstrues.

Elle fut traitée sans succès à diverses reprises, et l'on insinua que le mariage pourrait avoir sur sa santé des résultats favorables ; cet événement désiré arriva au mois d'avril dernier. Mais lors un incident imprévu se présenta ; le coït fut tenté plusieurs fois inutilement, et le mari voyant l'impossibilité de l'accomplir, se décida à demander conseil à M. Beyran.

Le mari avait des organes génitaux normaux. La femme d'une taille moyenne, d'une constitution robuste, a les seins et les parties génitales externes bien développés.

Toutes les parties génitales externes sont rouges, un peu tuméfiées et très douloureuses au toucher. Le clitoris parait d'un volume un peu exagéré. L'orifice externe du canal de l'urêtre n'est pas visible comme normalement. L'index introduit dans l'ouverture vulvaire et dirigé vers l'orifice vaginal, s'arrête à 3 cm. environ, dans un cul-de-sac anormal, formé à cette distance par une cloison membraneuse qui ferme complétement cet orifice. Le toucher rectal permet de constater l'existence d'une matrice normale dont le col semble enveloppé par un cordon cylindrique. L'inspection à l'aide du spéculum est impossible. En écartant les deux lèvres, on peut entrevoir au fond du cul-de-sac membraneux qui ferme ainsi l'entrée du vagin, un petit canal ou pertuis qui permet d'introduire l'extrémité d'un stylet à 1 cm. environ. Au-dessus de ce détroit se trouve un petit orifice qui laisse pénétrer une seconde flexible de 4 mm. à une profondeur de 50 mm. ; c'est le canal de l'urétre qui se trouve refoulé en arrière, comme toutes les autres parties qui constituent les organes génitaux externes de la femme. La membrane hymen, également refoulée, présente quelques fragments d'une déchirure récente.

L'exploration du rectum par le spéculum permet de découvrir à la paroi antérieure de cet intestin une ouverture anormale ou fistule qui admet l'extrémité d'une sonde élastique à une profondeur de 4 ou 5 cm. environ. On peut injecter à l'aide de cette sonde une centaine de grammes d'eau

tiède qui, pénétrant ainsi dans le vagin, le fait dilater de manière à pousser d'arrière en avant le cul-de-sac membraneux qui ferme l'entrée du vagin.

Ayant ainsi constaté qu'il y avait un vagin libre derrière la cloison anormale qui fermait son entrée. M. Beyran se crut autorisé à intervenir. La malade étant couchée sur le dos, une sonde fut introduite dans l'urétre, en même temps que 150 gr. d'eau tiède furent injectés par la fistule dans le vagin, de manière à refouler en avant la cloison membraneuse. Cela fait ; il pratiqua alors avec un trocart la ponction du pertuis qui se trouvait au fond de cette cloison·

Aussitôt tout le liquide injecté par la fistule s'écoula par le trocart. Cette canule retirée, il introduisait une sonde qui parcourut facilement toute l'étendue du vagin, ce qui confirma de nouveau que ce canal était libre. Assuré qu'il pourrait tenter avec succès d'établir l'entrée du vagin, M. Beyran a agrandi avec le bistouri l'ouverture faite par le trocart, par un débridement circulaire, de manière à obtenir une ouverture suffisante. Le doigt introduit par cette issue a pu facilement explorer toute l'étendue du conduit vaginal jusqu'au col de la matrice, qui était dans une situation normale ; on laisse en place une grosse méche, qui fut renouvelée, pendant deux semaines.

Le seizième jour, les menstrues se montrèrent, et c'est pour la première fois que le sang sortit au dehors par l'orifice du vagin. Après les régles, on a eu recours à l'emploi de l'éponge préparée, afin d'élargir d'avantage cet orifice.

Ces fistules constituent de véritables soupapes de sûreté qui pallient aux accidents.

Lorsque les adhérences se sont faites avec les parois, on observe une *hématocèle péri-utérine*, pour ainsi dire extra-péritonéale, qui n'est qu'un hématome ou un thrombus. La tumeur est située alors dans le ligament large et non dans le cul de sac de Douglas. Une inflammation mortelle peut en être la conséquence, mais aussi cet hématome peut se fistuliser comme dans l'hypothèse précédente.

Des manœuvres opératoires peuvent donner une fistule également. Fréteau (1) et Désormeaux (2) en ont rapporté des cas pour des faits d'atrésies étendues.

Ces différentes complications ne succèdent qu'à la rétention menstruelle, c'est-à-dire aux cloisons complètes. Nous y ajouterons *l'obstacle aux rapprochements sexuels*, si la cloison est bas située, ce qui a été parfois une cause de divorce, et la stérilité quand bien même le coït a pu avoir lieu.

Les premiers rapports sexuels ont détruit une cloison incomplète, mais *la déchirure peut s'étendre plus loin et intéresser la cloison recto-vaginale.* Cet accident survient plus habituellement sous l'effet d'un traumatisme plus violent, pendant l'accouchement, au moment du passage des parties fœtales. Et du reste, les complications qu'entraînent les cloisons incomplètes s'observent surtout pendant l'accouchement.

Nous avons déjà vu en effet, que le cloisonnement transversal incomplet ne s'oppose pas d'un façon absolue à la fécondation. Pourvu qu'il soit perforé d'un orifice, si minuscule soit-il, le spermatozoïde le franchit par ses mouvements propres, conformément à la théorie de la migration ascensionnelle, et peut remplir son rôle. Une fois l'ovule fécondé, il se développe normalement sans que la présence du diaphragme influe en aucune manière sur lui. L'utérus augmente donc de volume, et si, au cours de la gestation, aucun examen médical, aucune affection ne vient imposer le

(1) Fréteau. Journ. génér. de méd. 1812 et 1814.
(2) Désormeaux. Gaz. des Hôpitaux, 1857, p. 170.

toucher, la femme ira jusqu'à l'époque de la délivrance sans que rien ne puisse révéler cette anomalie.

Non seulement celà, mais le début du travail et la période de dilatation ne sont pas influencés par cette malformation. Le col subit normalement les transformations habituelles; seule, son exploration peut être rendue difficile par la présence d'un diaphragme transversal.

Ce n'est qu'à la phase d'expulsion qu'apparaît la dystocie. Celle-ci est généralement peu grave, et il est rare que la présence d'une bride ait pu faire naître une complication sérieuse.

Le diaphragme ou la bride subit les mêmes modifications que les tissus voisins, il s'amollit et se laisse distendre, s'efface ou se rompt, et la partie fœtale engagée dans le vagin le franchit alors sans difficultés.

OBSERVATION LX

Primipare. Repli falciforme. Déchirure de ce repli au moment de l'accouchement

Picot (1)

Henr. B..., 24 ans, lingère. Dernières régles le 20 mai 1889. Le 10 mars 1890, vers 8 heures du matin, apparition des premières douleurs. Par le toucher, on trouve un col effacé, et immédiatement en avant du col à gauche, une bride vaginale à forme de disque biconcave.

Le travail marche régulièrement : à 10 heures du matin, le 11 mars, la dilatation est complète. Le professeur Pinard pratique le toucher, et constate ceci : sur la ligne médiane, et se dirigeant à droite, le doigt rencontre un repli qui semble faire suite directement au bord utérin gauche ; mais en insinuant le doigt entre la tête et ce bord, on trouve que ce doigt est doublé en avant et en arrière par un

(1) Picot. Thèse de Paris, 1891.

repli falciforme, de sorte qu'à l'heure actuelle, la tête a à lutter contre deux orifices.

Au moment de l'expulsion, la bride cède et l'accouchement se termine spontanément par l'expulsion de l'enfant vivant du poids de 3.010 grs.

Le travail avait duré 26 heures et la période d'expulsion 38 minutes. Suites de couches physiologiques. La femme quitte la clinique au 11e jour.

Il n'en est pas toujours ainsi : le nombre des diaphragmes, leur épaisseur, leur résistance, la largeur de leur orifice peuvent offrir une résistance sérieuse à la partie fœtale qui se présente, malgré des contractions et des efforts très énergiques. On verra se produire les phénomènes que l'on observe chez les primipares âgées et dans les cas de résistance anormale du périnée : à chaque contraction, la tête descendra un peu, pour remonter ensuite au même niveau. Alors le *travail se prolonge*, les forces de la parturiente s'épuisent et l'accouchement ne peut se terminer sans une intervention.

OBSERVATION LXI (Résumée)

Accouchement naturel retardé par la présence d'une bride fibreuse reliant la paroi antérieure à la paroi postérieure du vagin

JACOBS (1)

Le 1er mars 1887, je fus appelé auprès d'une femme en travail qui se trouvait en traitement à l'hôpital St-Pierre. La poche des eaux était rompue depuis une heure environ, les douleurs étaient vives. Présentation par les pieds, sacro-iliaque gauche. Le pied droit avait déjà franchi la vulve, le gauche se trouvait accolé à la paroi droite du vagin. Je le dégageai ; les jambes sortirent alors facilement. A partir de ce moment, nonobstant les douleurs de la femme et ses efforts, le dégagement s'arrêta tour à coup. Je voulus me rendre compte de ce qui pouvait mettre obstacle à la sortie

(1) Jacobs. Archives de Tocologie, 1887.

de l'enfant, j'introduisis le doigt dans le vagin. A 2 cms environ de l'orifice externe de ce conduit, c'est-à-dire un peu au-dessus des genoux de l'enfant, je découvris une bride fibreuse, dure, résistante, de l'épaisseur d'un bon doigt ; elle reliait la paroi antérieure à la paroi postérieure du vagin, à peu près sur la ligne médiane. L'enfant se trouvait à califourchon sur cette bride.

J'essayai de repousser le pied gauche au-delà de la bride pour le ramener du même côté que le pied droit ; mes efforts furent inutiles. Dès lors, il n'y avait plus à hésiter, je coupai la bride avec de forts ciseaux. La section ne donna que peu de sang. L'accouchement s'acheva alors très facilement

Un examen pratiqué deux jours après l'accouchement nous montra que nous avions affaire à une bride fibreuse siégeant dans le vagin, un peu en arrière de l'hymen. Les débris de la membrane existaient encore en avant, les petites lèvres étaient normales.

La jeune femme n'ayant jamais eu de vaginite ou d'inflammation utérine, et étant de plus primipare, l'anomalie était assurément congénitale et consistait évidemment en un cloisonnement horizontal et congénital du vagin.

OBSERVATION LXII (Résumée)

Cloisonnement transversal congénital du vagin Grossesse. Accouchement spontané

AUDEBERT ET PAYRAU (1)

X ., 32 ans. Primipare. Règlée pour la première fois à 24 ans ; règles régulières, peu abondantes et pas douloureuses, durant 4 à 5 jours. Les rapports sexuels ont toujours été très douloureux.

L'utérus remonte à 32 cms au-dessus de la symphyse. Au toucher, notre attention est immédiatement attirée par une anomalie qui siège dans le vagin ; en pénétrant dans ce conduit, le doigt est en effet tout de suite arrêté à 3 ou 4 cms de l'orifice vulvaire par une membrane complète assez épaisse, et présentant un peu à gauche de la ligne médiane un orifice presque imperceptible qui a dû être recherché avec le plus grand soin. La sage-femme s'arrête à l'idée d'un

(1) Audebert et Payrau. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 27 juillet 1902.

diaphragme complet du vagin, dont la malade ignore l'existence et envisage la possibilité d'une intervention pendant l'accouchement.

On dilate l'orifice à l'aide des bougies de Hégar; il s'écoule à ce moment quelques gouttes de sang. L'index peut ensuite pénétrer et explorer les bords de l'orifice qui sont épais, tendus et qui enserrent le doigt. A 3 ou 4 cms au-dessus, on arrive sur le segment inférieur et le col de l'utérus,

Le 8 août, dans la matinée, apparition des premières douleurs. A 3 heures de l'après-midi, le col est complétement effacé. L'orifice du diaphragme qui admet facilement l'index ne correspond pas avec l'orifice du col, il est situé à droite de la ligne médiane. Son pourtour ne présente pas partout la même épaisseur ni la même consistance Sa partie droite est plus épaisse, moins souple que la portion gauche. De ce côté, l'écran présente deux lèvres, inférieure et supérieure, qui interceptent un sillon de 1 cm 1/2 de profondeur dans lequel on peut glisser la pulpe de l'index qui va en se rétrécisant à mesure qu'on se rapproche de la ligne médiane.

A partir de ce moment, les contractions se succèdent énergiques et régulières. A 4 heures, la dilatation est de 8 cms : rien de particulier du côté du diaphragme qui commence à devenir convexe par en bas sous l'influence de la poussée de la partie fœtale. A minuit, l'orifice du diaphragme commence à se dilater. A 1 h. il est de 3 ou 4 cms. A 1 h. 1/2, il atteint 5 à 6 cms. Mais à partir de ce moment, il ne progresse plus : la région fœtale le franchit, grâce à deux déchirures spontanées qui siègent, l'une à droite et en avant, l'autre à gauche et un peu en arrière. Sous l'influence des contractions utérines doublées de l'effort volontaire l'expulsion spontanée du fœtus a lieu à 2 heures 45. Périnée intact; pas d'hémorragie. Suites de couches normales.

La malade a été revue 2 mois après son accouchement, le diaphragme avec orifice très petit s'était complétement reformé.

Si la malformation n'a pas été reconnue dès le début, elle peut, faisant traîner l'accouchement en longueur, amener la *mort de l'enfant*. D'autres fois, pour vaincre l'obstacle, les contractions utérines deviennent de plus en plus fortes, se succèdent plus rapidement

et l'on peut assister à une *rupture de l'utérus ou du vagin* ou de ces deux organes à la fois.

L'accident que l'on observe le plus fréquemment au cours du travail est *l'extension de la déchirure aux parties molles voisines*, la rupture de la cloison servant d'amorce à ce délabrement.

OBSERVATION LXIII (Résumée)

Cloisonnement transversal et congénital du vagin
Dystocie causée par ce cloisonnement

Osmont (1)

L.., règlée à 14 ans. Règles régulières, peu abondantes, pas douloureuses

Le 24 septembre 1884, elle accouche à terme d'un garçon. La grossesse avait évolué normalement mais l'accouchement avait été très laborieux. Les douleurs avaient duré 4 jours, très vives, très intenses, au point de faire perdre connaissance à la malade à plusieurs reprises.

Le 4e jour, la sage-femme qui l'assistait fit appeler un médecin qui termina l'accouchement par une application de forceps. Il y eut une déchirure complète du périnée et production d'une fistule recto-vaginale. Aucune tentative de restauration n'est faite à ce moment, mais seulement 6 ans plus tard, dans le service de gynécologie de Caen, où la malade entre parce qu'elle souffre du ventre depuis son accouchement. Il ne reste plus qu'une fistule, qu'on oblitère.

L'examen de la vulve ne présente rien de particulier ; les grandes et les petites lèvres sont normales, il existe des caroncules myrtiformes. Le périnée est complétement restauré. Au toucher l'index franchit très facilement l'orifice externe, pénètre dans le vagin jusqu'à 3 cms 1/2 environ et là est brusquement arrêté. Le doigt reconnaît alors une cloison transversale falciforme, mince et très souple dans toute son étendue, extrêmement mince, très résistante, tranchante dans son bord inférieur qui circonscrit un orifice facilement franchi par le doigt explorateur qui peut reconnaître les insertions de la cloison.

(1) Osmont. Archives de Gynécologie, 1894.

En bas cette cloison s'insère exactement sur la ligne médiane à 3 cms 1/2 de l'orifice externe, gagne la paroi latérale droite du vagin, contourne en s'y appliquant sa paroi antérieure et vient se terminer sur la paroi latérale gauche sur une place un peu postérieure à celle de l'insertion inférieure.

La cloison est donc dirigée un peu obliquement de droite à gauche, circonscrivant par son bord libre un orifice qui permet le passage de l'index.

A un centimètre environ derrrière la cloison on trouve le col qui semble normal ; mais ici on constate une particularité curieuse. En cherchant à contourner le col utérin, l'index est arrêté en arrière et à droite et ne peut plus continuer son exploration. De la lèvre postérieure du col, en effet, part une bride qui gagne la partie latérale droite du vagin et vient se terminer en avant, tout près de la cloison transversale, mais un peu en arrière d'elle. Cette bride obliquement dirigée de bas en haut et de droite à gauche est épaisse, bosselée ; son bord est lisse, épais, dur. Plus large dans la partie attenante à la lèvre postérieure du col cette bride est sensiblement plus étroite dans sa partie inférieure, ayant ainsi la forme générale d'un triangle dont la base serait l'adhérence à la lèvre postérieure du col.

L'examen du col est douloureux, ce qui s'explique facilement ; le col est en effet fixé à cette bride inextensible, et l'on conçoit bien que toute tentative de déplacement soit douloureuse. L'utérus ne présente pas de particularité à signaler ; le bassin est normal.

Réflexions. — Dans cette description deux choses sont surtout intéressantes : 1° l'existence d'une bride vraisemblablement d'origine congénitale située transversalement dans le bassin ; 2° l'existence d'une autre bride, située en arrière de la première et probablement d'origine cicatricielle.

La présence de ces deux brides permet d'expliquer deux points importants dans l'histoire de cette femme ; son accouchement extrêmement laborieux, ses douleurs actuelles.

C'est en effet à la présence de la bride congénitale qu'il semble falloir attribuer la durée du travail. La dilatation du col étant complète, la tête fœtale est venue butter sur la cloison qui empêchait l'ampliation du vagin, poussant cette cloison à chaque contraction nouvelle, distendant les parois ainsi bridées amenant déjà un commencement de déchirure de la paroi postérieure du vagin, déchirure augmentée par l'application de forceps, et enfin déchirure com-

plète au moment de l'extraction, puis la production d'une fistule recto-vaginale. La malade dont nous venons de rapporter l'observation est donc intéressante parce qu'elle présente une cloison transversale et congénitale du vagin ; elle est surtout instructive parce qu'elle montre qu'une semblable anomalie peut être méconnue, et amener, par ce fait qu'elle a été ignorée, la production d'une fistule recto-vaginale, et aussi la formation de brides cicatricielles, qui, par leur adhérence avec les lèvres du col, purent, comme dans le cas présent, être la cause de phénomènes douloureux.

Ces déchirures sont spontanées ou consécutives à des débridements artificiels. Selon les hauteurs du diaphragme, elles peuvent intéresser le périnée en bas, le vagin, à sa partie moyenne, les culs-de-sac, et de là se propager sur le col et le segment inférieur en haut. Il en résulte des communications anormales avec les réservoirs voisins ou des fistules vagino-rectales, le plus souvent.

On a noté le décollement de la muqueuse vaginale et la production de thrombus (1).

En somme, avec Bernard, Audebert et Payrau, nous pouvons dire qu'en général, par suite de la présence de brides ou de diaphragmes vaginaux, *l'accouchement est plus long que de coutume*, car il y a un *double travail de dilatation*, l'un pour le col, l'autre pour le diaphragme. Aussi dans ces cas sera-t-on amené à *dilater* ou à *sectionner* la cloison ce qui peut parfois occasionner une légère hémorragie.

(1) Audebert et Payrau. Loc. cit. p. 700.

OBSERVATION LXIV

Cloison transversale du vagin. Incision. Légère hémorragie Accouchement

BERNARD (1)

C.., 31 ans, primipare. Cette femme bien règlée, a eu ses dernières règles du 14 au 17 février, 1894. Au début de la grossesse quelques vomissements et vers le septième mois œdème généralisé, avec albumine dans les urines (jusqu'à 7 g.)

Entrée à la salle de travail le 25 octobre à 7 h. 30 du matin. On constate à la partie moyenne du vagin, un diaphragme, présentant en son milieu un orifice qui permet l'introduction de l'index. Le travail débute le 26 octobre vers une heure du matin ; la dilatation du col, un peu plus grande qu'une pièce de 1 fr., reste stationnaire jusqu'à 10 h. 45 du matin. A ce moment on pratique la rupture artificielle de la poche des eaux ; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique.

A 11 h. 30 les dimensions sont celles d'une pièce de 2 fr. ; à 2 h. 40, elles atteignent 5 fr. Quant à l'orifice du diaphragme, il est à peine comme 2 fr. A 7 h. 45 du soir, la dilatation du col utérin se rapproche d'une paume de main, mais le diaphragme vaginal n'a nullement cédé. On applique deux pinces sur cette cloison et on la sectionne à l'aide de ciseaux.

A 11 h. du soir, la femme perdant du sang en assez grande quantité, on lui fait une injection chaude. A 11 h. 30 l'écoulement sanguin continue, nouvelle injection chaude et tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée. Le tampon s'imbibe, l'écoulement sanguin reprend et le 27 octobre à 1 h. du matin, on fait une application de forceps ; après des tractions lentes et soutenues de 1 h. 35 à 1 h. 48 un fœtus du poids de 1900 grs est extrait vivant.

Immédiatement après l'extraction, l'hémorragie s'arrête et on constate que le passage de la tête fœtale a déterminé des ruptures multiples du diaphragme vaginal, mais sans grande lésion du vagin lui-même. Il existe également une petite déchirure de la fourchette, on applique un seul point de suture.

Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier.

(1) Bernard. Les cloisons cong. du vagin au point de vue obst. Thèse de Paris, 1898, p. 52

Malgré ce débridement, l'accouchement peut encore tarder à s'effectuer. Une application de forceps sera indiquée.

OBSERVATION LXV

Cloisonnement transversal du vagin

ALAIN (1)

Primipare 26 ans, exerçant la profession de journalière.

Rien à relever de saillant dans ses antécédents. Sa mère est morte à 35 ans d'un épithélioma de la bouche. A eu sept frères, dont cinq vivants et bien portants.

Nourrie au sein jusqu'à 1 an.

Premières règles à 15 ans. Réglée normalement à époques fixes sans douleur ; les règles duraient 8 jours, et le sang était un peu pâle. A 18 ans, à la suite d'un refroidissement, les règles ont disparu pendant un an. Bien réglée depuis.

C'est dans ces conditions que cette femme tombe enceinte. Réglée pour la dernière fois du 25 au 30 septembre sa grossesse se passe d'une façon normale : un peu de constïpation et de fréquence de la miction. Apparition des mouvements actifs dans le courant de février. Pertes blanches assez abondantes pendant la grossesse..

Elle entre à la clinique d'àccouchements le 2 juillet venant d'Andenge, où elle est en travail depuis 2 jours.

On constate à son arrivée que cette femme a une peau très pigmentée. Le masque de la grossesse, fortement marqué, aurait fait son apparition vers le quatrième mois.

Pas de malformation du squelette.

Pas d'albumine dans les urines.

Le ventre est volumineux, distendu par la tumeur utérine qui est déviée vers la droite et mesure 32 centimètres de hauteur.

Le palper permet de reconnaître que le fœtus se présente par le sommet en O.I.G.A. et que la tête est fortement engagée.

Les bruits du cœur sont bons.

En pratiquant le toucher, le doigt est arrêté à 3 ou 4 cms de la vulve par une membrane transversale assez épaisse,

(1) Alain. Rev. mens. de Gyn. d'Obst. et de Péd. de Bordeaux, septembre 1901.

donnant la sensation normale de la muqueuse vaginale. Cette membrane se continue sans ligne de démarcation avec la paroi vaginale et transforme ainsi en cul-de-sac l'orifice d'entrée du vagin. On ne trouve, par le toucher, aucune dépression qui puisse faire reconnaître l'existence d'un pertuis quelconque.

A travers l'épaisseur de ce diaphragme membraneux et au-dessus on constate la présence de la tête fœtale et de la lèvre antérieure du col un peu œdématiée. On peut même apprécier la dilatation qui est d'environ 5 frs.

La femme, mise sur la table d'opération, est examinée par le professeur Lefour. A l'aide de valves il écarte la muqueuse vaginale qui est de couleur normale et se continue, sans interruption, avec une membrane de même aspect qui cloisonne transversalement le vagin. Aucun orifice apparent. Par un examen minutieux il découvre au fond d'une petite fossette un pertuis par lequel il voit sourdre un peu de sérosité sanguinolente. Un stylet y est introduit sans difficulté sur sa cannelure il fait une incision avec le bistouri. Les doigts introduits dans cette incision l'agrandissent de façon à amener les bords jusqu'au contact des parois vaginales, ce à quoi on arrive facilement.

Au-dessus le vagin est normal et la dilatation suit son cours. On laisse l'accouchement se faire seul, après avoir mis un tampon de gaze dans le vagin.

Au bout d'une heure et demie, la dilatation est complète. La femme a des douleurs vives continues, mais la tête ne fait sa descente que très lentement. Deux heures après, la dilatation est complète, malgré la violence des contractions la rotation n'est pas faite. En pratiquant le toucher on constate que le conduit vaginal est limité à l'endroit ou siégeait le cloisonnement par un cercle fibreux qui retient et empêche la descente de la tête. Celle-ci, en effet, appuie fortement sur cet orifice et une forte bosse séro-sanguine saille à travers. On termine l'accouchement par une application de forceps en G.A. On a de grandes difficultés pour introduire la main-guide. La tête, puis le reste du corps sont amenés à l'extérieur avec douceur et prudence. Le périnée très long n'a pas la moindre éraillure. Mais l'exploration digitale du conduit vaginal fait reconnaître que celui-ci a cédé au niveau du rétrécissement et sur une hauteur de 3 à 4 cms à gauche et en arrière. Le doigt introduit dans le rectum permet de constater que la paroi rectale est intacte. Seule la paroi va-

ginale a été intéressée. On la referme par un surjet au catgut. Aucune autre lésion.

L'enfant, en parfait état, pèse 3.750 grs ; le placenta 550 grs. Injection intra-utérine. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

OBSERVATION LXVI

Cloison transversale du vagin. Dilatation manuelle Accouchement

CULLINGWOTTH (1)

L. W., 23 ans, fut admise à l'hôpital St-Thomas à 12 h. 30 du soir, le 13 février 1889.

Elle était en travail depuis 24 heures et les douleurs étaient alors fréquentes, violentes, et presque expulsives. Son médecin l'avait envoyée à l'hôpital, parce qu'il était incapable de découvrir le col de l'utérus, ou à dire vrai, une ouverture quelconque au fond du cul-de-sac vaginal, bien qu'il put sentir directement la tête de l'enfant au delà de ce cul-de-sac.

L'histoire de la parturiente était la suivante : les règles commencèrent à 12 ans et continuèrent régulièrement tous les 28 jours jusqu'à 2 mois après son mariage, l'année précédente.

Mais au premier jour de chaque période, elle souffrait assez vivement.

Le 9 février (ses couches étant attendues pour le 24 mars), elle fit une chute et s'évanouit. Les jours suivants elle resta en bon état. Le 12, à 3 h. 30 du du matin, elle se réveilla avec de violentes douleurs. Son médecin la vit en premier lieu à 2 h. 30 de l'après-midi. Le lendemain à 9 h. 30 du matin, il résolut, après consultation avec un confrère, de l'envoyer à l'hôpital.

Peu après son arrivée, la patiente fut endormie à l'éther et la cloison soigneusement explorée. Un peu en arrière de son centre, on découvrit un petit nodule, et à côté de ce nodule, et à côté de ce nodule une ouverture pas plus grande que le méat de l'urètre. L'index pressant sur cette ouverture, l'élargit suffisamment pour pénétrer dans la partie supérieure du vagin. Dilatée de plus en plus, puis prudemment

(1) Cullingworth. Two case of transv. septum in the vag. The Lancet. 1889, T. I. p. 726.

déchirée, la cloison fut entièrement divisée avec les doigts. On put alors toucher la poche des eaux faisant saillie.

Le col utérin étant complètement dilaté, la poche des eaux fut rompue et l'accouchement fut aisément effectué à l'aide du forceps.

OBSERVATION LXVII

Cloisonnement vaginal

PAQUET (1)

Le 3 décembre 1912 est entrée dans le service de M. le Professeur Oui, une femme âgée de 23 ans, envoyée à la clinique par un confrère des environs, avec le diagnostic de malformation congénitale s'opposant à l'accouchement,

Cette femme, primipare, n'avait été réglée que 3 fois de 18 à 23 ans. A son entrée dans le service, elle présentait des contractions utérines extrêmement douloureuses et faisait de vains efforts pour expulser son fœtus. Le travail remontait au 1er décembre à 22 heures. La poche des eaux s'était rompue le 3 à 9 h. Par le palper on diagnostique une présentation du sommet en G.A. ; l'auscultation révèle un foyer maximum des bruits du cœur à gauche et près de la ligne médiane.

Par le toucher, on cherche en vain le col utérin : le doigt introduit dans le vagin, en suit la paroi antérieure et pénètre dans le cul-de-sac antérieur qui est assez élevé et profond. Suivant alors la paroi antérieure et après avoir décrit une courbe à concavité antérieure, il aboutit dans le même cul-de-sac antérieur. On ne perçoit donc ni cul-de-sac postérieur, ni col utérin. La femme est mise en position obstétricale, et les lèvres étant écartées, on constate que la paroi vaginale postérieure est comme refoulée en avant par la tête fœtale profondément descendue, et qu'elle se continue avec la paroi antérieure. Elle présente sur son trajet deux petits orifices situés l'un à droite et en avant, l'autre à gauche et en arrière.

Il s'agit donc d'un cloisonnement presque absolu de l'extrémité supérieure du vagin, créant un obstacle au passage du fœtus.

L'intervention qui s'impose est des plus simples : sec-

(1) Paquet. Réun. Obst. et Gyn. de Lille. Séance du 18 déc. 1912. in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, mars 1913, page 196.

tion au bistouri de la cloison entre les deux orifices. On sent alors au toucher l'orifice du col utérin qui a les dimensions d'une pièce de 5 fr. A partir de ce moment, la dilatation s'achève très rapidement, et à 17 h. comme la tête ne descend plus et que la femme est épuisée, on extrait l'enfant par une application de forceps, très facile sur une tête en gauche antérieure. L'enfant naît étonné, mais il est vite ranimé ; il pèse 3.600 grs. A 17 h. 15 la femme perd du sang, son pouls s'accélère à 100 puis à 120 pulsations. La main introduite dans l'utérus décolle le placenta adhérent vers le fond de l'organe gestateur. La délivrance artificielle permet de constater qu'il n'y a pas de malformation utérine. On pourrait seulement noter que l'utérus avait une forme plutôt cylindrique que globuleuse. Injection à l'eau iodée ; sérum glycosé et caféïne. Le placenta était inséré sur le segment inférieur, les membranes mesurant respectivement 2 et 30 cms. Le cordon était inséré marginalement.

La femme a voulu sortir le 3e jour après son accouchement ; elle ne présentait aucune élévation de température, et son pouls était à 76 le jour de son départ.

Ces interventions pendant le travail peuvent être rendues difficiles si la cloison est résistante, et exposer à des déchirures étendues.

Enfin le fœtus peu s'immobiliser, s'accrocher de différentes façons sur une bride en partie désinsérée. Magendie-Husté, Boissard et Coudert en ont signalé des exemples intéressants.

Ceci tient à la variété de présentation. On ne trouvera pas pareil fait dans les présentations du sommet, mais dans celles du siège, l'enfant se place à califourchon, ou est suspendu par les jarrets comme « un acrobate à un trapèze ».

La délivrance se fait sans difficulté, le fœtus ayant largement ouvert la voie à l'arrière-faix.

Enfin si le cloisonnement s'est seulement effacé lors de l'accouchement pour se reproduire ensuite, il peut

en s'opposant à l'écoulement normal des lochies, amener un certain degré *d'infection utérine*; il est facile de s'assurer dans les suites de couches qu'une légère élévation thermique n'est pas dûe à un drainage défectueux de la cavité utérine.

TRAITEMENT

Certains auteurs anciens avaient préconisé des moyens médicaux pour le traitement des cloisonnements transversaux du vagin: saignées, sangsues ou opiacés. Il n'y a pas plus à compter sur eux que sur le seigle ergoté, le borate de soude ou les divers excitants de l'utérus; les parois auront beau se contracter, comprimer le liquide qu'elles renferment, l'obstacle ne sera pas forcé, mais la malade subira d'atroces douleurs et risquera d'être victime de complications sérieuses.

Un seul traitement est de mise dans ces cas, c'est l'intervention chirurgicale .L'indication formelle est de *créer une voie d'excrétion au liquide retenu,* et l'opération qui remplit cette indication est si bénigne qu'on ne peut pas ne pas en faire bénéficier la malade.

A quelle époque faut-il intervenir ?

La malformation a pu être reconnue dans le jeune âge à l'occasion d'une affection quelconque. Velpeau (1) est d'avis d'opérer alors dès que la lésion est constatée alléguant l'insouciance des enfants, les obstacles que la pudeur peut opposer plus tard, les dangers du séjour du sang dans les voies génitales. Par contre le

(1) Velpeau. Traité de Méd. opér., 2e édit., Paris 1839, T. IV. p. 352.

défaut de propreté des jeunes sujets, leur indocilité, l'ignorance où l'on se trouve de la présence ou de l'absence de l'utérus, les difficultés plus grandes pour l'opérateur plaident contre cette opinion. Aussi Boyer (1) préfère-t-il attendre la puberté. Evidemment, on expose ainsi la jeune fille à des souffrances inutiles car il n'y a aucun espoir de guérison spontanée, du moins agira-t-on avec un diagnostic certain.

Dans ce chapitre du traitement nous devons encore envisager deux cas, suivant que la cloison est complète ou incomplète. Et si les indications générales restent les mêmes, le manuel opératoire diffère.

1° Cloisons complètes

Ce n'est qu'à l'époque de la puberté que le vice de conformation est ordinairement décelé par le rétention des règles, et une première difficulté vient de l'existence de l'hymen. Certains chirurgiens ont voulu opérer en conservant au sujet « le privilège de sa virginité » (2). C'est compliquer à plaisir l'intervention. L'usage d'un spéculum de petit calibre donne peu de jour sur le champ opératoire. Il y a des cas où il faut savoir ne pas s'arrêter à un scrupule bien mince, on doit avant tout envisager la guérison de la malade qui s'est confiée à vous. On sacrifiera donc délibérément l'hymen en l'incisant en arrière, vers la fourchette. On voit nettement la cloison et l'opération sera facilitée d'autant.

Différents procédés opératoires peuvent être mis en œuvre. Le chirurgien devra-t-il se servir du *trocart* ou du *bistouri ?*

(1) Boyer. Loc. cit.
(2) Batut. Loc cit. p. 588.

Une ponction au trocart renseigne mal sur l'épaisseur de la cloison. L'écoulement du sang se fait lentement. L'orifice créé a tendance à s'obturer par suite de l'élasticité de la membrane et expose à des récidives. Quelle serait la situation de la jeune fille qui devrait tous les mois se mettre entre les mains du médecin pour se faire débarasser d'un hématocolpos !

L'incision au bistouri est bien préférable. Elle peut intéresser toute la hauteur de la membrane, elle a moins de tendance à se reformer et évacue plus rapidement le produit de rétention.

Cette rapidité d'évacuation a provoqué des divergences de vue. Les uns la condamnent, faisant valoir les dangers d'hémorragie a vacuo venant d'un utérus distendu ou de la rupture d'adhérence entre cet organe ou les trompes et les organes voisins. Delaunay dit qu'il se produit fréquemment des lipothymies et des syncopes (1). Nous n'en avons trouvé aucun exemple.

Les autres la conseillent pour éviter qu'un écoulement lent ne provoque la putréfaction du sang retenu, par suite de l'entrée de l'air dans la cavité utérine. Bonnecasse (2) et Guéretin (3) craignent cette complication. Cette objection nous semble de peu de valeur, et nous croyons que l'entrée de l'air joue un rôle moins important dans ce cas que l'infection. Routh(4) va même jusqu'à conseiller de ponctionner la tumeur par le rectum pour empêcher cette entrée de l'air dans le foyer. Quels ne sont pas alors les risques d'infection, autrement graves !

(1) Delaunay. Loc. cit. p. 91.
(2) Bonnecasse. Trait. chirurg. des imperf. du vagin, 1872.
(3) Guéretin. Imperforations de l'hymen. Thèse de Paris, 1873.
(4) Routh. In Delaunay, page 99.

De ces deux façons de voir sont nés deux modes opératoires : *opérer en deux temps ou en un temps.*

L'opération *en deux temps*, c'est-à-dire, ponction dans une première séance suivie à quelques jours de là d'une incision de la cloison, a été conseillée par des chirurgiens anglais (1) et par Bernutz (2), Thompson, Chassaignac, Gosselin (3). Delaunay en est également partisan : « la première ponction une fois faite, soit avec le trocart, soit avec le bistouri, et nous préférons ce dernier, il faut laisser l'utérus et le segment supérieur du vagin se vider spontanément ; puis, au bout de quelques jours, quand il aura repris son volume normal, quand il aura recouvré son état habituel, on terminera l'opération en incisant largement la cloison. Le spéculum sera toujours nécessaire pour permettre à l'opérateur d'agir en connaissance de cause. Une première ouverture étant faite à la cloison, le bistouri boutonné remplira mieux que tout autre les indications, car il n'exposera pas à blesser avec la pointe les organes situés plus haut. Presque toujours une incision cruciale suffira ; les auteurs conseillent de la faire obliquement dans le but d'éviter plus sûrement une lésion possible des organes voisins tels que la vessie, ou le rectum ».

L'*opération en un seul temps nous semble préférable.* La rapidité d'évacuation du sang n'est pas telle qu'elle expose à des complications, d'autant qu'on peut la modérer en introduisant le doigt dans l'orifice créé. Elle a l'avantage de soulager immédiatement la malade et de lui épargner l'ennui de venir à deux reprises sur

(1) Medical Times and Gaz., 2 décembre 1868.
(2) Bernutz et Goupil. Clin. Méd. des maladies des femmes. 1860. T. I.
(3) Gosselin. Clin. chirurg. 1873. T. II.

la table d'opération. Nous l'avons vu faire à notre maître le professeur Vautrin, avec un résultat parfait.

Répondant aux différentes questions que nous avons posées, nous dirons donc :

1°. — *Il est préférable d'attendre l'époque de la puberté pour intervenir.* C'est d'ordinaire à ce moment que le diagnostic est posé. L'opération est plus facile à cet âge que dans l'enfance. Les risques d'infection moins grands, la jeune fille étant plus docile.

2°. — *Il ne faut pas opérer, pendant la période menstruelle, sauf urgence.* Chacun sait en effet, les dangers que présente l'anesthésie ou les opérations même les plus simples portant sur les organes génitaux à cette époque. En attendant, on calmera les douleurs de la malade par des injections de morphine et par l'application de glace sur l'abdomen. Quand les phénomènes douloureux seront atténués, on pourra prendre le bistouri.

3° — L'opération se pratiquera de la façon suivante: le rectum et la vessie vidés après lavage minutieux de la région vulvaire et injection antiseptique, la malade, endormie, sera placée en position gynécologique. Puis un *bistouri* sera introduit dans le vagin sur un doigt servant de guide, il incisera la membrane sur une étendue assez grande pour permettre le passage de l'index. Si, au contraire, la cloison est très près de l'hymen, cette incision peut être faite sous le contrôle de la vue qui reconnaîtra les diffrentes couches incisées. Le sang s'écoule. Lorsqu'une certaine quantité se sera répendue à l'extérieur. L'index introduit dans la boutonnière créée par le bistouri l'agrandit et déchire la

membrane. La voie est assez large, le sang peut s'épancher librement. On peut encore si l'on préfère, faire l'excision de la membrane. Un simple pansement à la vulve suffira à protéger la plaie opératoire.

Il est inutile de mettre une mèche dans l'orifice. Elle s'oppose à la libre sortie du liquide, et elle n'est pas nécessaire pour obvier à la reproduction de l'obstacle. La déchirure faite par le doigt est suffisante pour que la récidive ne se produise pas.

La malade restera couchée pendant quelques jours jusqu'à ce qu'elle ne perde plus, c'est-à-dire, jusqu'à ce que tout le sang retenu dans la partie supérieure des voies génitales se soit évacué et que son utérus ait repris ses dimensions normales, ait involué, pour ainsi dire. Quelques coliques peuvent être observées dans cette période, elles sont dues à la contraction de l'utérus qui cherche à expulser son contenu, et sont en tout comparables aux coliques utérines des règles. Elles n'offrent aucune gravité. Ultérieurement, le passage de bougies, s'il est nécessaire, ou une dilatation... moins instrumentale conserveront au vagin un calibre normal.

La bénignité, la simplicité, et la rapidité de l'intervention jointes aux risques d'infection réduits au minimum, nous font conseiller ce procédé opératoire.

2°. — Cloisons incomplètes

Les cloisons incomplètes comme les précédentes peuvent être reconnues à l'époque de la puberté, par suite de la difficulté de l'écoulement cataménial par un

orifice insuffisant. Les indications opératoires restent les mêmes que pour les cloisons complètes.

D'autres fois, si l'ouverture du diaphragme est suffisante, le vice de conformation ne sera découvert qu'au *cours d'une autre affection*, d'une vaginite par exemple, comme dans l'observation de Jarjavay, ou d'une métrite comme dans le cas de Cullingworth.

OBSERVATION LXVIII

Cloisonnement transversal du vagin

CULLINGWORTH (1)

Dans cette observation, ce sont des phénomènes de métrite qui attirèrent l'attention. La malade, qui bien qu'ayant été mariée pendant 7 ans n'avait pas eu d'enfant, avait un vagin de 1 pouce 3/4 de profondeur. Au fond se trouvait un orifice admettant une sonde utérine et, derrière, une large cavité formée par le fond du vagin.

L'orifice fut dilaté et la cloison rompue avec un dilatateur utérin. On trouva derrière un col un peu ulcéré. Après quelques lavages antiseptiques, la guérison survint sans incident, et la métrite disparut.

Il faudra dans ce cas lever l'obstacle dès que l'intervention sera possible.

D'autres fois encore, ce n'est qu'après le mariage, *lors des premiers rapports sexuels* que le mari s'apercevra de l'anomalie. Si ce n'est à ce moment qu'une opération « de complaisance » c'est aussi une opération de nécessité, car cette femme désirant rester épouse peut devenir mère et il est préférable de rendre au vagin son calibre normal avant qu'elle ne soit enceinte que d'attendre un accouchement qui pourrait s'en trouver compliqué.

(1) Cullingworth. Two cases of transv. septum in the vag. The Lancet. 1889, T. I. p. 726.

Car une cloison incomplète n'est pas un obstacle à la fécondation. Si celle-ci se produit et que le diaphragme vaginal ne soit découvert que pendant la gestation, quelle sera la conduite du chirurgien ? *Doit-il opérer pendant la grossesse ou attendre l'accouchement ?*

1°. — *Au cours de la grossesse.*

Il est un certain nombre de cas où on a pu sectionner l'obstacle chez une femme enceinte sans amemer l'expulsion prématurée du contenu de la cavité utérine. Tel est le cas dans l'observation rapportée par Jarjavay (Observ. XI). Nous pouvons encore en citer un exemple dû à Chiarleoni.

OBSERVATION LXIX (Résumée)

Atrésie vaginale

Chiarleoni (1)

Dans ce cas, l'atrésie était dûe à une cloison qui fermait à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, la lumière du vagin, laissait un tout petit pertuis de communication latéralement à droite.

La femme était à la fin d'une grossesse ; elle fut opérée et guérit avant d'entrer en travail. Couches et suites de couches normales.

La même intervention a été pratiquée sans préjudice pour l'évolution de la grossesse par Audebert.

OBSERVATION LXX

Grossesse et accouchement dans un cas de cloisonnement transversal du vagin

Audebert (2)

Le 19 juillet 1910, une sage-femme amenait dans mon

(1) Chiarleoni. Archivio italiano di Ginecologia. Anno II. No 2. p. 170.
(2) Audebert. C. R. de la Soc. d'obst. de Toulouse, 1910.

service une jeune femme de 20 ans, primipare, qui, arrivée à peu près au terme de la grossesse avait ressenti, le matin même les premières douleurs. A l'examen il avait été impossible d'arriver sur le col utérin, ce que voyant, cette femme avait été dirigée sur la clinique d'accouchement de Toulouse.

Véritable minus habens, X.. avait toujours joui d'une bonne santé. La menstruation avait toujours été régulière.

Au cours des rapports sexuels, le mari n'aurait rien constaté de particulier et il reste convaincu que sa femme est faite « comme tout le monde ».

A son arrivée à la clinique, X... a quelques contractions assez douloureuses, mais un peu espacées ; le voyage ne l'a nullement fatiguée.

La vulve est petite, étroite, infantile, mais ne présente pas de malformation. A 3 cms de l'orifice vulvaire, le doigt allant à la recherche du col est arrêté par un diaphragme qui, à première vue paraît complet. D'une consistance ferme et se continuant excentriquement avec la muqueuse vaginale, il semble avoir une hauteur assez considérable (5 à 6 cms) ; car en déprimant fortement cette région, on arrive à percevoir la partie fœtale (extrémité céphalique) mais à travers une grande épaisseur de tissus. On ne trouve au-dessus ni collection hématique, ni tumeur ressemblant au col utérin.

L'exploration la plus minutieuse ne révèle au doigt aucun orifice. Une valve antérieure et une postérieure étant placées on voit très nettement, au centre du diaphragme une sorte de sillon transversal rectiligne, de 3 cms de long, tout à fait analogue à la cicatrice d'une incision ancienne et réparée par première intention. Aux deux extrémités de ce sillon existent des orifices punctiformes dans lesquels un stylet fin pénètre à quelques millimètres à gauche, d'un centimètre à droite. A droite encore, un peu au-dessus et en dehors du premier, je vois un autre orifice, donnant accès dans un trajet fistuleux profond de 2 cms environ.

Que faire ? Bien des raisons militaient en faveur de la césarienne : l'épaisseur de la cloison, le manque d'orifices perméables rendaient l'incision difficile, aveugle, et partant périlleuse. Et en admettant même qu'il fut possible de créer ainsi un chemin artificiel permettant l'extraction du fœtus, ne fallait-il pas craindre une rétraction de la cicatrice, la formation d'un tissu inodulaire, inextensible qui s'opposerait à tout accouchement ultérieur.

Cependant avant d'arriver à cette extrémité, ne de-

vrait-on pas essayer de rétablir la perméabilité des voies naturelles ? Ne devait-on pas tenter d'effondrer le diaphragme vaginal, en allant prudemment, plan par plan ? L'existence de cette cicatrice linéaire n'indiquait-elle pas une sorte de réunion, d'adossement des deux parois vaginales qui se prêteraient assez aisément à la dissociation?

Après une exploration minutieuse des foramina coeca, dans le plus profond des trois, j introduisis l'extrémité d'une pince à forcipressure, dont j'écartai les mors au maximum. J'obtins ainsi une première ouverture en forme de boutonnière transversale, correspondant à peu près à l'espace compris entre les deux orifices symétriques. Puis allant à la recherche d'un plan de clivage je m'efforçai, à l'aide des doigts surtout, et de la sonde cannelée, à gagner du terrain et à agrandir la boutonnière. Je cheminai ainsi tantôt à travers un tissu dense et résistant, tantôt dans des mailles conjonctives plus lâches, n'ayant que très rarement recours au bistouri et aux ciseaux et, après un 1/4 d'heure d'efforts à peu près, j'arrivai sur le toit du diaphragme, représenté par une membrane homogène ; saisissant cette membrane avec une pince érigne, je pratiquai un petit pli que j'incisai au bistouri, et mon doigt ayant dilacéré largement cette incision, je pénétrai dans « l'arrière boutique » et le col m'apparut, peu modifié d'ailleurs, et à peine en voie d'effacement.

Après de copieux lavages, je bourrai le vagin et la brèche que je venais de faire avec de la gaze stérile.

Heister (1) s'appuyant sur des faits analogues, celui de Becker (2) en particulier déclare qu'il faut opérer aussitôt qu'on a reconnu l'existence de la cloison.

On peut élever des objections: pourquoi sectionner cette membrane pendant la gestation, puisque la gêne fonctionnelle qui en résulte est si peu marquée que la malformation reste fréquemment ignorée de la malade qu'elle n'empêche en rien l'évolution normale de la grossesse et qu'elle n'est pas fatalement un obstacle à à l'accouchement : « Les tissus se gonflent, s'amollissent

(1) Heister. Institutions chir., Trad. Paul (d'Avignon), 1770. in-8. T. IV.
(2) Becker. De paidiectonia incu'pata ad servandam puerperam. Giessen 1729.

et se distendent à un degré tout à fait inespéré ce qui rend parfois inutile une intervention qu'on aurait crue nécessaire » (1). Lepage (Observ LII) relate un fait venant à l'appui de cette manière de voir et montrant bien que, parfois, le cloisonnement est modifié dans sa consistance au point de permettre un accouchement normal.

Ces modifications tissulaires déjà bien connues des auteurs anciens, incitaient Chélius (2) à conseiller l'abstention. Il est vrai qu'il invoquait un autre motif : le danger de blesser la vessie.

Nous croyons qu'*il est préférable d'attendre l'accouchement*, tout en prévenant la femme et *en surveillant le travail* dès que les premières douleurs apparaissent.

En effet, si le pronostic de l'intervention est bénin en général dans les premiers mois de la grossesse, il est impossible de donner à la femme la certitude qu'elle ne fera pas un avortement ou un accouchement prématuré. Kyri a provoqué ainsi un avortement au quatrième mois.

OBSERVATION LXXI

Atrésie vaginale. Grossesse. Intervention. Avortement

KYRI (3)

A l'âge de 23 ans, Pat... se présenta pour la première fois à l'hôpital gynécologique Marie-Thérèse, en 1884. Elle était réglée depuis l'âge de 13 ans. A l'examen les organes génitaux externes sont bien conformés. Vagin court, cônique et se terminant en cul-de-sac dans le tiers supérieur avec une ouverture livrant passage à l'extrémité d'un sonde

(1) Pozzi. Loc. cit. T. II.
(2) Chélius. Traité de chirurg.. Trad. Pigné. Paris 1835. T. II.
(3) Kyri. Centralbl fur Gynaekologie. 1889. p. 116.

utérine. Le toucher bimanuel par le rectum et le vagin indique un utérus de la grosseur d'un citron (gravidité). Agrandissement de l'ouverture au bistouri, pas d'hématocolpos. Deux mois après avortement au quatrième mois.

En mai 1885, nouvelle entrée à l'hôpital : on remarque au-dessus de la symphyse une tumeur nettement perceptible (hématométrie). Incision du septum vaginal qui s'est reformé. Issue de sang, semblable à du goudron, du sang de même aspect s'écoule après incision dans le col de l'utérus.

Trois semaines plus tard, le vagin est de nouveau fermé. Le 12 juin, excision d'un morceau du septum, mais le 19, l'ouverture n'est plus perméable que pour une sonde. Alors Rokitansky excisa un lambeau circulaire du septum qui était épais d'environ 1 cm., lambeau de 1 cm. de diamètre environ.

Guérison le 27 juillet. On constate la présence de quelques granulations. Le vagin se terminait en cul-de-sac avec une petite ouverture à gauche. La femme était réglée tous les mois, régles douloureuses. Pas d'hématocolpos.

Kyri croit qu'il s'agit d'une malformation congénitale due à ce que la portion vaginale des canaux de Müller ne s'est pas complétement réunie.

Dans un cas de Dumontpallier et Lever (1) où pendant la grossesse on avait entrepris de faire des incisions prophylactiques on vit apparaître de la péritonite, puis un avortement et la malade mourut.

Trélat et Chantreuil ont eu à déplorer un accouchement prématuré.

OBSERVATION LXXII

Cloisonnement congénital transversal du vagin ; grossesse à 8 mois 1/2 ; opération ; accouchement prématuré ; enfant volumineux vivant ; mort

TRÉLAT ET CHANTREUIL (2)

R..., 19 ans, se présente à la maternité le 20 décembre 1865. Constitution moyenne. Réglée pour la première fois à 18 ans.

(1) Dumontpallier et Lever. In P. Muller. Loc. cit.
(2) Trélat et Chantreuil. Gaz. de Méd. de Paris 1866, p. 652. Bull. de la Soc. Anat. 1866.

M. Alliot reconnaît un vice du vagin. Le 21 décembre on constate l'état suivant : utérus développé comme à 8 mois, mouvements du fœtus, organes génitaux normaux.

Au toucher : brièveté du vagin dont la partie postérieure est lisse, terminée par un cul-de-sac au fond duquel on soupçonne un orifice étroit. Au spéculum, on reconnaît que le cul-de-sac se continue avec les parois vaginales. Même aspect, même coloration. On aperçoit en outre deux orifices étroits situés de chaque côté de la ligne médiane à 1 cm. de distance.

En introduisant un hystéromètre dans celui de droite et une sonde de femme dans celui de gauche, on constate que ces deux instruments se rencontrent en arrière du cul-de-sac. Pas de douleur.

Le 22 décembre, M. Trélat décide d'inciser la cloison qui sépare ces deux orifices. L'opération faite, on voit apparaître à nu le col utérin, le vagin s'insère en avant très près de l'extrémité de ce col.

Le 24, la malade éprouve un frisson suivi d'un accès de fièvre, avec contractions utérines douloureuses. Le 25, contractions faibles irrégulières, puis deviennent fortes et fréquentes.

Le 26, col presque effacé. Bride vaginale résistant à gauche. Accouchement accompagné d'un écoulement amniotique (800 grs.) et déchirure de la bride vaginale. Enfant vivant. Pas d'hémorragie utérine.

Du 27 décembre au 18 janvier, amélioration progressive dans la péritonite qui a suivi l'accouchement. Le 20, rechute. Le 29, mort.

A l'autopsie, on constate un vice de conformation du vagin : la cloison a presque disparu. On aperçoit sur la paroi postérieure du vagin en la tendant, une ligne saillante transversale qui paraît être la ligne d'origine de la cloison sur cette portion du conduit vulvo-utérin.

En arrière se trouve un espace qui, pendant la vie formait la cavité intermédiaire entre la cloison et le col utérin très saillant. Ce mouvement de tension détermine la formation de deux culs-de-sac en doigt de gant, qui s'enfoncent un peu sous la saillie transversale.

Cette observation corrobore l'opinion des classiques pour lesquels toute intervention juxta-utérine

est une cause fréquente, sinon habituelle, d'interruption de la grossesse.

Par conséquent, la *possibilité d'un accouchement spontané* à la suite des modifications survenant au cours du travail, celle d'une *interruption de la grossesse* et l'existence d'une plaie opératoire vaginale qui créé *une porte d'entrée à l'infection* et expose la femme à des complications septiques toujours à redouter au moment du travail, constituent à notre sens trois *contre-indications* à pratiquer une intervention dans le cours de la grossesse et engagent à attendre l'accouchement.

2°. — *Au moment de l'accouchement.*

Bien souvent ce n'est qu'à cette époque que l'accoucheur se rendra compte de l'existence de la malformation. Et, là encore « il faudra savoir attendre, mais en surveillant de près la parturiente, afin de pouvoir intervenir à la première indication ».

L'indication opératoire réside soit dans l'épaisseur de l'obstacle, soit, et ce n'est qu'une conséquence, *dans la longueur du travail*. Il faut donc se rendre compte de l'épaisseur et de la résistance du cloisonnement transversal. Le diaphragme membraneux ou la bride ne sont qu'un obstacle léger au passage des parties fœtales, et dans nombre de cas, l'accouchement n'a pas nécessité d'incision. Ainsi en a-t-il été dans les deux exemples rapportés par Mme Lachapelle.

OBSERVATION LXXIII

Cloison transversale. Grossesse. Accouchement spontané

Mme Lachapelle (1)

G. M... accoucha naturellement à l'Hospice le 27 jan-

(1) Mme Lachapelle. La pratique des accouchements, p. 397. T. II.

vier 1818 d'un garçon du poids de 5 livres, vivant, bien portant, et qui avait présenté la tête dans la première position du vertex. Le travail dura 6 heures. Il a été un instant entravé par la présence d'une membrane semi-lunaire et transversale, dont le bord convexe adhérait à la moitié antérieure du vagin, vers la partie moyenne de ce canal. La tête en pressant sur cette membrane dont l'épaisseur était d'une ligne environ, la rompit et la réduisit à la forme d'un bourrelet qu'elle franchit avec facilité.

OBSERVATION LXXIV

Cloison transversale. Grossesse. Accouchement spontané

Mme Lachapelle (1)

Dans le mois de mars 1821, je reçus à l'Hospice, une femme en travail qui portait au milieu du vagin une membrane de même forme et de même consistance ; mais son bord adhérent était à gauche et non en avant ; de sorte qu'elle n'obstruait que la moitié gauche du canal. Il en fut de celle-ci comme de la précédente : la tête la distendit, s'en couvrit comme d'une coiffe, puis, au milieu d'une forte contraction utérine la rompit et passa outre.

Ces deux membranes occupaient le milieu du vagin pris dans sa hauteur ; on ne pouvait donc pas les prendre pour l'hymen ou pour un reste de cette membrane.

Les choses se passèrent de même chez les malades de Delaunay, de Cazeaux (Observ. LI), d'Ygonin (Observ. LIII) et Magendie-Husté, de Diet et de Gaulard.

OBSERVATION LXXV (Résumée)

Cloisonnement transversal du vagin

Diet (2)

Diet rapporte un cas de cloisonnement transversal presque complet qu'il constata au moment de l'accouchement. L'accouchement se fit spontanément, le diaphragme transversal s'étant laissé dilater peu à peu.

(1) Mme Lachapelle. Loc. cit. p. 398.
(2) Diet. Congrès d'obst. et de Gyn. IIe Session, Nantes, septembre 1901.

OBSERVATION LXXVI

Cloisonnement transversal. Accouchement normal

GAULARD (1)

Je reçus un jour la visite d'une jeune fille de la campagne qui venait me consulter au sujet de malaises dont elle ne soupçonnait ni l'origine ni la nature. En effet, après avoir fait un examen extérieur attentif, je fus convaincu de l'existence d'une grossesse de 4 à 5 mois. Quand j'exprimai mon opinion à l'intéressée, elle se récria vivement, mais facilement avoua n'avoir eu qu'un seul rapport sexuel.

A l'examen des organes génitaux voici ce que je constatai : vulve normale, caroncules myrtiformes. Entrée du vagin normale, mais à 5 ou 6 cms de profondeur, présence d'un diaphragme qu'on aurait cru de prime abord imperforé mais dans lequel un examen attentif démontra l'existence d'un orifice à la partie postéro-inférieure, unique et à l'emporte-pièce. (Ce diaphragme fibreux, à la partie médiane, présentait les mêmes caractères de structure que celui dont nous avons donné la description dans l'observation de Choteau, sauf qu'il présentait un seul orifice).

La grossesse évolua normalement. Le diaphragme, lors de l'accouchement, ne s'opposa nullement à la sortie de l'enfant et céda sous la poussée utérine.

OBSERVATION LXXVII (Résumée)

Cloison vaginale transversale

LE COINTE. Clinique Baudelocque, 24 mai 1906, n° 906 (1)

X.., 39 ans, primipare Entrée à la salle de travail le 24 mai à 6 h. du matin.

Règlée à 14 ans, régulièrement pendant 4 à 6 jours. Vomissements pendant les deux premiers mois de la grossesse. Pas d'albumine, ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

Présentation : sommet D P. L'engagement est effectué. En pratiquant le toucher, le doigt pénètre dans un entonnoir dont le sommet est représenté par une cloison transversale,

(1) Gaulard. In thèse de Choteau, p. 30.
(2) Le Cointe. Loc. cit. p. 76.

faisant un diaphragme percé en avant et à gauche d'un orifice par lequel on peut introduire la pulpe de l'index. Cette cloison est située à 3 cms environ au-dessous de l'orifice du col.

Cette cloison est déchirée pendant l'accouchement. Expulsion du fœtus le 24 mai à 12 h. 45, après une période d'expulsion de 1 h. Déchirure périnéale : deux points de suture. Durée totale du travail 9 h. 45. Extraction simple du placenta 30 minutes après l'accouchement. Pas de particularités à signaler. Suites de couches normales.

La femme sort en bon état le 4 juin 1906.

Si donc l'obstacle est très mince, si la membrane n'est qu'un simple voile tendu au travers du vagin, ou si elle est souple et friable, c'est-à-dire, si les contractions utérines la forceront sans danger pour la mère et sans souffrance pour le fœtus, on laissera le débridement aux soins de la nature, ou on pourra déchirer le septum avec l'ongle, comme Roth ou Frouin.

OBSERVATION LXXVIII

Cloison vaginale

FROUIN (1)

G.., 46 ans, primipare, mariée depuis deux ans. Cette femme est en travail depuis 30 heures. Réglée régulièrement; sa grossesse paraît à terme.

Par le toucher, que je pratique la femme étant debout, j'arrive assez facilement sur la tête de l'enfant que je sens distinctement au-dessus du détroit supérieur et assez mobile, mais j'ai beau explorer le fond du vagin; je ne trouve qu'une surface unie sans aucune trace du col. Je renouvelle l'examen à deux ou trois reprises la femme tantôt debout, tantôt couchée, j'obtiens toujours le même résultat négatif.

Ces diverves manœuvres ayant déterminé quelques légères contractions, je m'assurai pendant leur durée qu'il n'y avait qu'une membrane assez mince qui séparait mon doigt de la tête de l'enfant, et je me décidai à la déchirer au centre

(1) Frouin. Concours médical, 30 avril 1887.

avec l'ongle. Dès que le bout du doigt l'eut traversée il arriva immédiatement sur le col que je trouvai aminci et à peine assez dilaté pour permettre d'introduire le bout du doigt. La poche des eaux est intacte. Je glisse très facilement le doigt entre la membrane que j'ai déchirée et le col, et je trouve entre les deux un cul-de-sac circulaire d'environ 3 cms de ravon. Du reste, col et membrane se prêtent assez bien à la dilatation digitale aidée de quelques petites douleurs. Deux heures plus tard, la dilatation étant suffisante, j'administre deux doses de seigle ergoté et quand les douleurs se raniment je perce les membranes et la tête s'engage assez bien en position O.I.D.A. Puis les douleurs s'étant arrêtées de nouveau je termine l'accouchement par une application de forceps qui amène un garçon bien vivant. Les suites de couches ont été très naturelles.

Cette femme ayant toujours été règlée très normalement il faut bien que les menstrues aient trouvé une issue, si étroite qu'elle fût, à travers la membrane qui séparait si complètement le col de l'utérus du fond du vagin.

Autrement, on devra avoir recours à *l'incision.* Celle-ci se fera, en cas d'ouverture suffisante, au moyen de ciseaux mousses ou d'un bistouri boutonné, si l'orifice est trop petit pour admettre un instrument tranchant, on incisera lentement, couche par couche, sous le contrôle de la vue, de façon à pratiquer une boutonnière qui permettra de compléter comme précédemment la déchirure.

Par ce procédé, l'accouchement se termine normalement. C'est ce mode opératoire qui a été employé dans les observations suivantes avec succès.

OBSERVATION LXXIX (Résumée)

Bride vaginale

Maternité (1)

X.., 24 ans, primipare. Réglé à 11 ans régulièrement. Règles peu abondantes, durant 4 à 5jours.

(1) Maternité. Observ. 2119, 23 octobre 1907. In thèse Cartault, p. 78.

Terme probable, 6 mois. Rien à signaler au cours de la grossesse.

Dans la nuit du 22 au 23 octobre, la femme à la suite d'un rapport, perd une petite quantité d'eau et de sang, et ressent quelques douleurs. Le lendemain matin, elle est conduite à la maternité, et étant reconnue en travail, est admise.

Examen : utérus remontant à 28 cms. Sommet engagé. Dilatation d'une grande paume de main. Membranes rompues. 10 h. 30 du matin. La dilatation avance un peu, mais n'est pas complète. Midi, la femme est examinée par l'aide de garde, qui, en pratiquant le toucher constate la présence dans le vagin, d'une bride située au devant de la tête. Cette bride flasque dans une partie de son étendue, est, au contraire, tendue dans l'autre partie.

A gauche la bride est séparée de l'orifice du col par une distance de 3 à 4 cms.

Mme la Sage-femme en chef, prévenue, examine la femme constate la présence de la bride vaginale, qu'elle amène au dehors. L'interne du service appelé sectionne la bride entre deux ligatures. La femme est alors remise dans son lit, et ne tarde pas à expulser le produit de conception spontanément à 1 h. de l'après-midi.

Enfant vivant, du sexe féminin, pesant 1900 grs. Délivrance naturelle. Placenta 380 grs. Suites de couches normales.

OBSERVATION LXXX (Résumée)

Bassin rétréci ; diamètre promonto-sous-pubien : 9, 8 ; siège complet en G. A. ; enfant vivant ; bride vaginale sectionnée

Maternité (1)

X.., 20 ans, primipare. Rien d'anormal dans la grossesse, qui est de 8 mois et demi. Accouchement spontané le 24 janvier 1908 à 4 h. 15 du soir.

Observation : femme de petite taille : 1 m. 34. Colonne vertébrale droite ; la partie supérieure du tronc ne présente rien de particulier. Membres inférieurs petits et légèrement incurvés. Diamètres externes du bassin : bi-épineux 21 ; bi-

(1) Maternité de Toulouse. Observ. 191. 24 janvier 1908.

crête 25 ; bi-trochantérien 27. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 cms 8.

Examen obstétrical : utérus remontant à 35 cms. Sommet mobile au-dessus du détroit supérieur.

Siège complet en S.I.G.A.

11 h. du matin : les contractions deviennent régulières et efficaces, la poche des eaux bombe fortement. Mais le siège reste toujours élevé, et n'appuie pas sur l'orifice.

12 h. 45 : rupture spontanée de la poche des eaux. A ce moment, dilatation comme une petite paume.

3 h. 55 du soir : la dilatation paraît complète, mais il existe une bride vaginale sur le côté droit, qui empêche la progression de la tête fœtale. Mme la Sage-femme chef la sectionne en mettant de chaque côté de la partie sectionnée une pince hémostatique. Dès que cette intervention est faite, l'accouchement se termine facilement. Suites de couches normales.

OBSERVATION LXXXI

Bride vaginale latérale

Maternité de Nancy (1)

Marie F.., 21 ans, primipare, entre le 22 février 1911. Réglée à 12 ans, l'a toujours été régulièrement. Sa menstruation est indolore, abondante et à chaque époque a une durée de 8 jours environ. Les dernières règles datent du début de juin 1910. Elle n'a présenté aucun phénomène sympathique pendant tout le cours de sa grossesse.

Etat actuel : Les premières douleurs apparaissent le 21 février à 9 h. du soir ; elle entre à la Maternité à 9 h. du matin. On la transporte à la salle de travail à 14 heures et l'on constate par le palper un sommet qui s'engage en O.I. D.P. L'enfant est vivant. Le col est effacé et dilaté comme 5 frs, les membranes sont intactes, mais le toucher révèle la présence d'une bride vaginale formant diaphragme dans la partie antérieure et latérale droite du vagin, et se confondant en arrière avec la paroi vaginale postérieure.

A 20 h 30 la dilatation est complète et on provoque la rupture artificielle de la poche des eaux. La tête vient s'appuyer sur la bride vaginale ; une petite hémorragie se pro-

(1) Maternité de Nancy. Observ. 149, 22 fév. 1911.

duit, et, à l'examen on constate l'existence d'une petite fissure sur la paroi postérieure.

A 22 h. 10, la femme expulse une fille pesant 3.700 grammes. La délivrance se fait normalement. Le placenta pèse 550 grammes. Le cordon a une longueur de 55 cms. Ce travail a duré 26 heures.

Dans les trois jours qui suivent l'accouchement, la femme fait une petite poussée de température, due probablement aux lésions vaginales. Puis la résolution se fait d'elle-même, et la femme quitte la Maternité en bon état.

OBSERVATION LXXXII

Diaphragme transversal, incomplet, semi-lunaire

Maternité de Nancy (1)

Marie P.., 23 ans, domestique, entre à la Maternité le 13 novembre 1908. C'est une primipare qui ne présente rien de particulier au sujet de ses antécédents, tant héréditaires que personnels. Règlée à 17 ans, sa menstruation à été toujours régulière, et d'une durée habituelle de 4 jours.

Dernières règles du 10 au 14 mai. Pendant les trois premiers mois de sa grossesse, aurait eu des vomissements qui cessèrent en septembre. Elle n'a jamais senti remuer.

Depuis le 10 novembre elle ressent de légères douleurs, qui sont allées en s'accentuant jusqu'au 13, date à laquelle elle vient à la Maternité. Elle entre à la salle de travail le même jour à 16 h. 30. A l'auscultation on ne perçoit pas de battements fœtaux. Le toucher révèle la présence d'un diaphragme semi-lunaire, inséré sur la paroi antérieure du vagin. Au dessus de ce diaphragme on trouve un col dilaté comme 5 frs et on sent la poche des eaux. On constate une présentation de siège en SIGA. A 23 h. la femme expulse un fœtus macéré pesant 200 grs. Le travail à duré 6 h. 30. La délivrance est normale. Mais il y a une rétention de la caduque. On fait une injection intra-utérine.

Les suites de couches sont normales et la femme quitte la Maternité en bon état.

---

(1) Maternité de Nancy. Observation 789, 13 novembre 1908.

OBSERVATION LXXXIII (Résumée)

Cloison transversale du vagin ; grossesse ; accouchement après incision

WILLIS (1)

Ce médecin fut appelé pour donner des soins à une femme qui éprouvait de vives douleurs depuis 3 jours ; il examina la malade et trouva une membrane autour de la vulve, empêchant la sortie du fœtus. Il fit une incision au milieu, y introduisit une sonde cannelée sur laquelle il prolongea son incision.

Etonné que la mère n'accouchait pas, il fit un nouvel examen, et reconnu qu'une seconde membrane existait plus profondément et que c'était la seule cause qui empêchait la sortie de l'enfant. Il fit de même que pour la première ; mais, à peine fut-elle ouverte, que le fœtus, poussé par les contractions de la mère, sortit en mettant heureusement fin à cet accouchement.

OBSERVATION LXXXIV

Cloison transversale du vagin; grossesse; accouchement après incision de l'obstacle

LE ROY DE LANGEVINIÈRE (2)

X.., 18 ans, primipare, d'une constitution moyenne, entre en douleurs à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1875 vers 5 h. du soir

Menstruée à 13 ans, et depuis cette époque, très irrégulièrement sans qu'il y eut toutefois altération de sa santé.

Prise de douleurs le 26 février et envoyée le 27 à l'Hôtel-Dieu sur le conseil de son médecin qui lui déclara que son enfant ne pouvait sortir parce qu'elle était mal conformée, elle fut examinée par Mlle Vallée, sage-femme en chef, qui découvrit une cloison complète du vagin.

A l'examen, le vagin était étroit, sensible et presque dépourvu de mucosités lubréfiantes. Le Dr Le Roy reconnut à ces caractères la présence de la tête dans l'excavation, re-

(1) Willis. In Villette. Thèse de Paris, 1854.
(2) Le Roy de Langevinière. Ann. méd. du Calvados 1876. No 1. p. 4.

couverte d'une épaisseur assez grande de parties molles pour empêcher de distinguer les espaces membraneux.

Sur cette tumeur sphéroïdale, pas d'orifice utérin. L'index était arrêté à mi-hauteur du vagin. Dans l'infundibulum on ne trouvait aucune irrégularité, aucune fronçure, aucune saillie, aucune fluctuation.

Au spéculum l'exploration montrait cette cloison se continuant avec les parois du vagin sans ligne de démarcation : elle présentait en outre la même coloration et était dépourvue de pertuis. Le toucher anal ne donna aucun renseignement.

Avec une pince à polype, M. Le Roy saisit la muqueuse de l'infundibulum après avoir fait vider la vessie et le rectum. Il fit ainsi un pli vertical et l'incisa à sa partie moyenne. Il introduisit ensuite l'index dans l'incision en exerçant une certaine pression. Il s'aperçut alors que plusieurs couches résistantes le séparaient de l'utérus. Il lui fallut inciser 4 couches pour découvrir l'orifice de la matrice largement dilaté. « Après avoir convenablement élargi l'incision définitive, je constatai, dit M. Le Roy, que le mouvement de rotation de l'occiput en avant était complet. La poche des eaux était plate sur la tête, ce qui expliquait pourquoi je n'avais pas perçu de fluctuation ». Il terminait rapidement l'accouchement par une application de forceps. Délivrance naturelle une demi-heure après.

OBSERVATION LXXXV

Cloisonnement transversal du vagin

Oui (1)

X.., primipare, 25 ans. Réglée pour la première fois à 18 ans et présente à ce moment un hématocolpos qui fut traité par une simple ponction au bistouri. Depuis lors, règles normales. Dernières règles du 8 au 15 juillet.

Cette femme se présente à la clinique le 6 mai 1913 à 6 heures, ressentant depuis quelques jours de légères douleurs et perdant de l'eau, dit-elle, depuis 24 heures. Au palper; enfant se présentant par le sommet, non engagé, en G.T.; bruits du cœur normaux.

Au toucher, à 3 cms environ de l'orifice vulvaire, cloi-

(1) Oui. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1913 ; p. 641. Réunion obst. et gyn. de Lille. Séance du 26 février 1913.

sonnement transversal du vagin, présentant un peu à gauche de la ligne médiane, un très petit orifice. A 8 h. On voit cette femme et décide d'intervenir immédiatement. Sous anesthésie, il dilate peu à peu l'orifice avec le doigt, qui, recourbé derrière le diaphragme, lui permet d'attirer celui-ci jusqu'à la vulve. Les bords de l'orifice sont alors saisis avec 4 pinces de Kocher qui les tendent, et la membrane est sectionnée aux ciseaux (incision cruciale). Hémorragie insignifiante arrêtée complétement et rapidement par compression.

Le toucher permet alors de se rendre compte que le col a toute sa longueur. Le travail commencé le 6 mai à 18 h. a été long ; surtout pendant la période de dilatation par suite de la faiblesse et de la rareté des contractions. Période d'expulsion : 55 minutes. Accouchement sans difficulté et sans lésion vulvaire ou périnéale d'un enfant vivant de 3.500 grs. Suites de couches normales.

OBSERVATION LXXXVI (Inédite)

Bride vaginale ; grossesse ; accouchement après section de la bride

Maternité de Nancy (1)

Mme H., 25 ans, lingère, entre le 2 février 1920, à minuit 30 à la Maternité.

Au palper, on trouve un dos à droite. Au toucher, tête amorcée en OIDP. Le col est effacé dilaté comme 1 fr. ; le segment inférieur est encore épais, les membranes sont intactes. A 8 h., rupture spontanée des membranes.

A 8 h. 15, la tête apparaît à la vulve ; en avant d'elle, on voit dans le sens antéro-postérieur une bride vaginale, située à 2 cms environ en arrière des caroncules myrtiformes, qu'on sectionne entre deux ligatures. Son épaisseur est de 2 mms environ.

Aussitôt après la tête progresse rapidement ; les contractions sont régulières et efficaces.

A 8 h. 40, la tête se fixe dans l'orifice vulvaire ; l'occiput est sous la symphyse pubienne : on dégage les deux pariétaux pendant que la tête exécute son mouvement de déflexion ; lorsque celle-ci a franchi la vulve, on lui fait

(1) Maternité de Nancy. Observation 103. 2 février 1920.

exécuter son mouvement de rotation à gauche, on dégage l'épaule antérieure, puis l'épaule postérieure. On extrait alors sans difficulté un garçon de 3.970 grs.

Délivrance normale à 8 h. 50. Poids du placenta : 547 grammes. Longueur du cordon : 63 cms. Suites de couches normales.

Toutes ces observations, ajoutées à celles déjà citées au cours de ce travail, au cas dont parle Hemmer montrent la fréquence relative de la nécessité de cette intervention. Qu'on fasse des *incisions multiples* ou une incision cruciale, ce procédé à l'avantage d'abréger la longueur du travail, sans grands risques de déchirure des parois du canal génital.

Les dangers d'hémorragie sont minimes, ces membranes étant peu vascularisées, cependant certains accoucheurs conseillent à titre de précaution, la section entre deux pinces ou deux ligatures. Dans l'*excision complète*, il n'en serait plus de même ; il faudrait faire la suture de la tranche des lambeaux, ce qui peut être assez difficile.

Et si, pour avoir attendu trop longtemps en l'espoir d'une délivrance spontanée, on constatait un épuisement de la femme ou des souffrances du fœtus, il ne faudrait pas hésiter à *terminer l'accouchement par une application de forceps.*

En face d'une cloison quelque peu résistante, certains accoucheurs, et parmi eux Vaterus et Lanckisch, ont eu recours à l'opération césarienne. Nous n'indiquons cette thérapeutique que pour la déconseiller, à moins, bien entendu, d'indications toutes spéciales.

SUITES OPÉRATOIRES
&
PRONOSTIC POST - OPÉRATOIRE

Un cloisonnement complet du vagin déterminant une rétention menstruelle avec phénomènes douloureux, exige, nous l'avons vu, un traitement chirurgical. A la suite de l'acte opératoire, on a noté des incidents *infectieux*, accidents de métrite qui cèderont a un traitement approprié ou qui pourront s'étendre aux trompes, provoquant un pyosalpinx comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION LXXXVII

Atrésie du vagin ; hématocolpos ; incision ; infection Pyosalpinx.

A. Giles (1)

Une jeune fille de 17 ans fut admise à l'hôpital pour rétention menstruelle. Avant son admission la membrane qui formait cloison avait été légèrement incisée. Cette petite incision ne permettait pas le libre écoulement du liquide épais qui était retenu. Par contre, elle permettait l'entrée des germes pathogènes qui trouvent dans le sang un milieu de culture idéal pour se développer : c'est ce qui est arrivé.

Cette fille avait une température élevée. Le contenu du vagin était purulent. On fit une nouvelle incision et on irrigua largement le vagin, mais la température continua à monter.

(1) A. Giles. Sterility in women. Oxford médical publications. London 1919. p. 56.

Un examen ultérieur montra que les trompes étaient prises. On fit une salpingectomie ; les trompes étaient de véritables sacs de pus. Après une convalescence assez longue, la patiente se rétablit.

Ces accidents peuvent se propager et déterminer soit une *péritonite localisée,* comme dans le fait de Piachaud, où l'opération fut suivie d'un phlegmon de la fosse iliaque qui se termina du reste heureusement, soit d'une *péritonite généralisée* aboutissant à la mort de la malade. Collinet (Observ. XXXIII), Schuh (Observ. LVIII), Locatelli (Observ. XXV) en signalent des exemples.

OBSERVATION LXXXVIII (Résumée)

Occlusion congénitale du vagin

Piachaud (1)

La première fois que M. Piachaud fut appelé à examiner cette malade, il y avait dans le ventre une tumeur grosse comme une tête d'adulte, remontant jusqu'à l'ombilic, et que l'on sentait également par le vagin à 3 ou 4 cms de profondeur.

A cette distance de la vulve, le doigt était d'ailleurs arrêté par une résistance invincible et ne trouvait rien qui donnât l'idée du col utérin. L'indication d'opérer étant rendue évidente par le retour et la violence des douleurs à chaque époque menstruelle, M. Piachaud fit d'abord avec le trocart une ponction qui donna issue à une certaine quantité de matières foncées ayant la consistance d'une gelée un peu liquide. Sûr alors qu'il s'agissait bien de rétention du sang menstruel, il incisa avec le bistouri boutonné à droite et à gauche, et vit sortir alors une très grande quantité (plus d'un litre) de sang liquide de couleur chocolat.

Explorant avec le doigt, il put constater au-dessus de l'incision l'existence d'une poche dans laquelle proéminait le col utérin parfaitement conformé, dont l'orifice était seulement assez ouvert pour permettre au doigt d'arriver faci-

(1) Piachaud. Gaz. des Hôpitaux, 1857, p. 464.

lement dans la cavité utérine. L'imperforation occupait donc non pas l'utérus lui-même, mais le vagin, et consistait en une sorte de cloison membraneuse qui séparait ce canal en deux parties, l'une inférieure, l'autre supérieure, dans laquelle s'ouvrait le col de l'utérus. Aucune suite sérieuse, si ce n'est un léger phlegmon de la fosse iliaque, n'est venue compliquer cette heureuse opération, et la malade a eu, sept semaines après, ses règles normalement et sans douleur, ce qui prouve que la voie établie par le bistouri ne s'était pas oblitérée. Pourtant M. Piachaud a constaté qu'elle s'était notablement rétrécie, et il pense que si une grossesse a lieu plus tard, l'accouchement ne pourra pas se faire sans un nouveau débridement.

D'autres fois, échappant aux dangers d'infection, la femme est exposée à une *récidive*. C'est pour pallier à cette éventualité que certains auteurs ont recommandé l'introduction dans la vagin d'un cylindre d'étain, de mèches ou l'usage du coït. Quoique la récidive soit rare, Danyau l'a constatée.

OBSERVATION LXXXIX

Cloisonnement transversal du vagin compliqué de prolapsus. Nécessité d'une intervention au moment de l'accouchement

DANYAU (1)

Eulalie P.., 24 ans, primipare, fut amenée à la Maternité le 5 septembre 1840 à 9 h. du soir. Enceinte d'environ huit mois et demi, travail commencé. Hors de la vulve existe une tumeur conique saillante, dont le sommet obtus présente un orifice circulaire. La surface de cette tumeur est recouverte d'une membrane muqueuse lisse. La base remplit la vulve, et le doigt qui la parcourt rencontre un cul-de-sac circulaire au niveau de sa fusion avec les parois vaginales. A simple vue, on dirait un prolapsus utérin. Mais la mollesse de la tumeur fait écarter cette idée.

On introduit facilement le doigt à travers l'orifice cen-

(1) Danyau. Archives générales de médecine. 3e série, T. X. 1841.

tral de la tumeur. Il arrive dans un canal vaginal au fond duquel il atteint l'orifice du col utérin entr'ouvert, et, au-delà la tête fœtale dont la fontanelle antérieure correspond en avant et à gauche.

La tumeur est facilement réductible mais elle se reproduit au moindre effort de la femme. Le vagin est très lâche, sa surface est recouverte de plicatures. Le doigt arrive au col utérin après avoir franchi une partie rétrécie, un orifice à bords minces et tranchants.

Cette cloison transversale divisait le vagin en deux cavités, l'une inférieure et l'autre supérieure. Elles communiquaient par une ouverture circulaire de 12 à 15 mms de diamètre, Cette déformation se compliquait d'un prolapsus du vagin.

Le vagin supérieur s'engaînait dans le vagin inférieur lorsque le prolapsus se produisait. Si on le réduisait, les deux vagins se continuaient l'un l'autre. Cette disposition est certainement congénitale, à en croire la régularité du diaphragme et de son ouverture. Aucun signe d'une affection antérieure du vagin ne peut être relevé. La femme ne la soupçonnait pas et le coït fut normal. Le prolapsus qui la complique ne date que 4e ou 5e mois de la grossesse. Il n'a pas été constant, disparaissant par le repos et se reproduisant par la marche ou même spontanément.

Travail d'abord lent, puis douleurs de plus en plus vives, rupture de la poche des eaux, et engagement de la tête dans le vagin supérieur. Elle ne produisit malgré les contractions les plus énergiques sur l'ouverture du diaphragme, ni dilatation ni déchirure.

M. Danyau glissa la lame d'un bistouri boutonné entre la tête fœtale et la face supérieure de la cloison, et fit huit incisions en évitant de diriger le tranchant du bistouri vers les cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale. Quoique cela la tête ne put franchir l'obstacle. M. Danyau appliqua alors le forceps et amena l'enfant vivant.

D'après M. Danyau, la cloison vaginale avait de 5 à 6 mms d'épaisseur. Elle paraissait formée par deux couches muqueuses entre lesquelles existait un tissu dense qui émanait des parois vaginales. La femme se rétablit sans peine. Elle voulut sortir de l'hôpital au bout de huit jours.

A ce moment l'état local était excellent, la cloison s'était reconstituée en partie, et le doigt ne pouvait pas arriver dans le vagin supérieur.

OBSERVATION XC (Résumée)

Cloison transversale du vagin. Rupture spontanée de la cloison au moment de l'accouchement. Déchirure du périnée

MAGENDIE-HUSTÉ (1)

X.., 22 ans, ménagère, primipare. Réglée à 13 ans ; depuis dysménorrhée habituelle.

Dernières règles le 4 février 1894 ; grossesse normale ; premières douleurs le 5 novembre ; entre à l'hôpital le 5 au matin ; présentation en OIDP.

Toucher vaginal : le doigt ne pénètre que de 5 à 6 cms, on ne trouve aucun vestige du col ; cul-de-sac. Toutefois, en arrière, il semble que l'on sente un petit orifice. Vulve normale. Débris d'hymen. En introduisant une valve de Sims, on voit que le cul-de-sac est formé par le vagin. Au fond et un peu en arrière, petit orifice admettant une sonde cannelée. Cette cloison reste flasque et molle pendant les contractions ; on sent nettement, au-dessus d'elle, le col dilaté qui se durcit en même temps que l'utérus. Il est donc certain que nous nous trouvons en présence d'une cloison vaginale divisant le vagin en deux chambres : une antérieure allant de l'hymen au cloisonnement, et une chambre postérieure allant de la cloison au col utérin.

A midi la période d'expulsion commence.

A 1 h. 1/2, la tête apparaît à la vulve, coiffée par la cloison vaginale amincie. La femme pousse fortement, et la cloison se déchire en plusieurs endroits. La tête est immédiatement expulsée, le tronc suit rapidement. Délivrance naturelle une demi-heure après.

Le périnée est légèrement déchiré.

Enfant du sexe féminin de 2.880 grammes.

12 jours après l'accouchement, examen : au toucher, le doigt est arrêté par la cloison qui s'est reformée en partie. Orifice très dur laissant pénétrer l'index.

Broca a pu l'observer également chez une fillette, et les accidents qui en résultèrent le conduisirent à faire une castration tubo-ovarienne.

(1) Magendie-Husté. Etude sur le cloisonn. transv. du vagin au point de vue obst. Thèse de Paris 1894.

OBSERVATION XCI

Rétention menstruelle par cloisonnement du vagin Récidive: Castration

BROCA (1)

Jeune fille de 14 ans 1/2, n'a jamais été réglée. Le trouble initial fut une rétention d'urine qui survint le 6 janvier 1895. La malade fut sondée, après quoi elle urina bien pendant 15 jours. Puis nouvelle rétention, nouveau cathétérisme. Depuis ce moment se sont manifestées des douleurs abdominales intermittentes, sans périodicité marquée, siégeant dans le bas ventre, et principalement à droite.

Cela dura jusqu'à la fin mai ; à cette date, la malade en se tâtant le ventre, sentit une tumeur dans le côté droit. Et lorsqu'elle entra à l'hôpital Trousseau, le 5 juin 1895, je constatai à la palpation, une tumeur grosse comme une mandarine, située sous le bord externe du grand droit de l'abdomen ; elle dépassait un peu par en haut la ligne allant de l'épine iliaque à l'ombilic. Lisse, régulière, elle faisait sous la paroi une saillie appréciable à la vue ; elle était nettement indépendante en bas de la fosse iliaque, en haut de la face inférieure du foie. Sa mobilité, très nette latéralement bien moindre de haut en bas, n'était en rien modifiée par les contractions de la paroi abdominale. Au-dessous d'elle seulement, la pression était douloureuse.

Derrière une vulve bien conformée, je vis, en écartant les grandes lèvres, que le vagin n'existait pas. Il était remplacé par une saillie arrondie, dépressible, accessible à la pulpe de l'index ; et en exerçant ce contact, tandis que la main gauche appuyait sur l'hypogastre, j'obtins la sensation de flot. Dans le rectum, bombait une grosse tumeur molle, présentant une fluctuation évidente. La masse hypogastrique était mate.

Dès lors mon diagnostic était établi : au-dessus de la cloison, s'était collecté un volumineux hématocolpos, et l'utérus, élevé dans le ventre au-dessus du vagin distendu, constituait la tumeur que l'on sentait à la palpation.

J'intervins le 7 juin, parce que la veille au soir, la rétention d'urine avait reparu et qu'il avait été impossible de faire le cathétérisme. Je fendis la cloison vaginale par une

(1) Broca. Bull. méd., 13 janv. 1900. p. 33.

incision médiane, et, après avoir traversé une épaisseur notable, un bon centimètre, de tissus, jarrivai dans une vaste poche, d'où il sortit au moins 1 litre de sang noir, en partie coagulé. Je ne lavai point et je mis à la vulve une mèche ce gaze iodoformée. Tandis que la poche se vidait, la tumeur abdominale descendait, finalement elle disparut, et ayant introduit mon doigt dans le vagin, je trouvai au palper bi-manuel un utérus encore gros.

Suites opératoires immédiates très simples. Pendant quelques mois, les règles se passèrent normalement, le vagin resta perméable. *Mais le canal se rétrécit assez vite,* et le *3 septembre mon opérée me fut ramenée avec des accidents identiques aux premiers.*

Le vagin était dur, atrophié, et avant d'arriver à la collection sanguine, j'eus à traverser une grande épaisseur de tissu scléreux. Nouvelle période de calme, la malade quitte l'hôpital le 1 er janvier 1896. Mais ce fut pour y rentrer le 3 février, et plusieurs essais de dilatation échouèrent. A la fin d'avril, il se formait un hématocolpos. Si bien que je jugeai indiquée la castration tubo-ovarienne, pour mettre fin aux troubles fonctionnels dont j'avais été plusieurs fois le témoin. Laparatomie après nouvelle incision de la cloison pour évacuer l'hématocolpos

Le 30 mai 1896, l'opérée sortait guérie de l'hôpital.

Villar a dû pratiquer aussi une castration sur une jeune fillle de 18 ans, affligée en outre d'une malformation utérine.

OBSERVATION XCII

Malformation du vagin et de l'utérus, avec hématométrie et hématocolpos supérieur. Hystérectomie abdominale totale

VILLAR (1)

Une jeune fille de 18 ans, jamais règlée, a eu depuis 3 ans, des crises douloureuses paroxystiques abdominales, mensuelles et périodiques, qui vont croissant d'intensité. Organes génitaux externes normaux. Le doigt était arrêté

(1) Villar. Soc. d'obst. et de Péd. de Bordeaux. Séance du 25 mars 1901. Journ. de Médecine de Bordeaux, 30 mars 1902.

dans le vagin à 4 cms et ne sentait pas le col ; vagin fermé en cul-de-sac. Le palper bi-manuel, puis le toucher rectal faisait percevoir sur la ligne médiane une masse grosse comme une petite orange s'effilant vers le bas en forme de col. L'ovaire droit paraissait grossi, l'ovaire gauche normal.

Je dilatai le vestige de vagin avec deux petites valves ; mais après avoir sectionné transversalement le fond du cul-de-sac vaginal et disséqué la partie supra-vaginale en séparant la vessie du rectum, jusqu'à pouvoir enfoncer mon index tout entier dans le canal artificiellement créé, je vis que, malgré ma pression abdominale, l'utérus ne descendait pas dans ce canal, d'ailleurs très étroit. Il fallait renoncer à perforer le col à travers ce long défilé vesico-rectal.

Je pratiquai alors la laparatomie Je trouvai des lésions telles que je fus conduit à pratiquer une hystérectomie, malgré mon désir de conserver la matrice à cette jeune fille.

Ce fait est intéressant : c'est la partie inferieure du vagin qui était malformée, contrairement à ce qu'on note le plus souvent, et à ce qu'on aurait pu croire si je n'avais pas fait la laparatomie.

Au point de vue chirurgical, je dois me féliciter de n'avoir pas persisté à opérer par la voie vaginale ; j'aurais fini par inciser le sac vaginal supérieur ; je l'aurais évacué, croyant que c'était l'unique foyer de rétention, et j'aurais laissé un utérus incapable d'expulser le sang qu'il contenait.

Ce sont là, il faut le reconnaître, des cas exceptionnels, car si la déchirure de la membrane a été suffisante, les lèvres ne s'accolent plus et la malade est guérie, quitte à entretenir le calibrage normal du vagin.

Enfin Ruysch rapporte un cas où une cloison incomplète avait permis la fécondation, mais où une expectative trop prolongée au moment de l'accouchement entraîna des *troubles urinaires* consécutifs.

OBSERVATION XCIII

Cloison transversale du vagin ; grossesse ; accouchement suivi d'une incontinence d'urine passagère

Ruysch (1)

Ruysch fut un jour appelé pour secourir une femme en travail d'enfant, qui depuis longtemps souffrait beaucoup et faisait de grands cris sans pouvoir accoucher. En ayant examiné la cause, il trouva que c'était l'hymen de la mère qui empêchait l'enfant de sortir ; cette membrane était encore dans son entier, fort épaisse, et poussée par la tête de l'enfant qui la faisait avancer en dehors. Ruysch fit faire une incision par un chirurgien, mais cette incision ne put suffire, parce qu'il se trouva derrière une autre membrane contre nature, dans l'intérieur du vagin, qui fermait le passage à l'enfant, et à laquelle il fallut aussi faire une incision. Dès qu'elle fut faite, l'enfant vint au monde fort heureusement et la femme qui auparavant était à l'extrémité, fut délivrée de tous les maux ; néanmoins, à cause de la grande et longue extension que la vulve et le sphincter de la vessie avait soufferte, il lui survint une incontinence d'urine, dont dont elle fut guérie après quelques semaines.

En adoptant la ligne de conduite que nous avons proposée, pareil ennui ne surviendra pas.

Au surplus, avec une aseptie minutieuse, dans une opération large, ces accidents post-opératoires n'apparaîtront pas, et nous sommes autorisés à dire que le cloisonnement transversal du vagin, congénital, membraneux, complet ou incomplet est une affection bénigne, facilement curable, même quand elle n'est reconnue qu'à l'accouchement, et dont les suites opératoires ne présentent pas de gravité.

(1) Ruysch. Observ. Anat. T. I et II. Traduc. de Palfin. Edit. Boudon. Paris, 1874.

CONCLUSIONS

De l'étude de ce travail et de l'ensemble des faits que nous y avons rapportés, nous nous croyons autorisés à tirer les conclusions suivantes:

1°. — Les cloisonnements transversaux membraneux du vagin d'origine congénitale constituent une *malformation rare* que ce soit une cloison complète, un diaphragme, ou une bride semi-lunaire.

2°. — Cette anomalie s'explique par un *arrêt de développement : défaut de résorption à la réunion des canaux de Muller et du sinus uro-génital*, dans la très grande majorité des cas, *adhérences fœtales* dans d'autres.

3° — Cette pathogénie fournit la notion du *siège* habituel du septum à *l'union du tiers inférieur et du tiers moyen* du canal vaginal.

4° — Les *cloisons complètes* ne sont reconnues qu'à la *puberté*, par les symptômes douloureux et la rétention menstruelle qu'elles déterminent.

Les *cloisons incomplètes* et les *brides* passent ordinairement inaperçues à cette époque et ne sont découvertes que lors du *mariage* ou seulement au moment de l'*accouchement*, car elles *ne sont pas un obstacle à la fécondation*, même dans les cas de cloisons multiples superposées.

5° — Le *diagnostic* du cloisonnement transversal est généralement *facile*, si on prend soin de pratiquer un *examen complet* de la malade.

6° — Quelque soit la variété de cloisonnement que l'on observe, elle comporte un *pronostic* bénin si l'on peut y porter remède à temps.

7° — Ce remède purement chirurgical, est l'*incision*. On la fera en un seul temps, en dehors de la période menstruelle. Si la femme qui présente une cloison incomplète ou une bride vaginale est enceinte, on attendra le moment de l'accouchement pour intervenir, de façon à ne pas l'exposer à un avortement ou à un accouchement prématuré.

Vu :
Nancy, le 23 février 1921.
Le Président de la Thèse,
A. VAUTRIN

Vu :
Nancy, le 24 février 1921
Le Doyen,
E. MEYER

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 24 février 1921
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aetius. — Contractae ex veteribus medicinae tetrabiles. Lugduni 1549.

Alain. — Rev. mens. de Gyn., obst. et péd. de Bordeaux. Septembre 1901.

Albucasis. — Pratica, sect. 2, cap. XIX. De clausura pudendi. Trad. Leclerc p. 171.

Aristote. — De historia animalium. Lib. X. Texte 35.

Aristote. — De generatione animalium. Lib. IV. Cap. IV.

Asper. — Cité par Richter, d'après de Vigiliis. T. I. p. 368.

Astruc. — Traité des maladies des femmes. Paris 1761. in-12. T. I.

Audebert et Payrau. — Du cloisonnement tranversal et congénital du vagin dans ses rapports avec l'accouchement. In : Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 27 juil. 1902.

Auvart. — Traité prat. de Gynéc. 1892, p. 704.

Avicenne. — Opera. Venetiis 1607, in-folio. T. I. Tract. IV. Lib. 3. Cap. I et II.

Backer - Brown. — Gaz. des Hôpitaux, 1862. p. 349.

Bar. — Leçons de pathologie obstétricale, 1900.

Barbette. — Œuvres chir. et anat. Genève, 1674, p. 72 et suivantes.

Barnes. Transac. of obstétrical Society. London 1883, p. 99.

Bas. — Oblitération du vagin. Thèse de Paris 1812.

Batut. — Cloisonnement cong. du vagin, rétention menstruelle. Opération, guérison. In : Bull. méd. 21 juin 1902, p. 587.

Baudelocque. — Art des accouchements, 1781.

Bauhin. — Anat. Lib. I, Cap. 49. Bâle 1592.

Becker. — De paidioctonia inculpata ad serv. puerperam. Giesen 1729, § 31.

Benevoli. — Dissert. sopro l'orig. del Ernia intest, etc. Firenza 1747.

Beniveni. — Libellus de abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. Basilae 1529.

Bérard (A.). — Répertoire des Sciences médicales. 2e édit. T. XXX, p. 453.

Bernard. — Des cloisons congén. du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris 1898.

Bernutz et Goupil. — Clin. méd. des maladies des femmes. 1860, T. I.

Berrut. — Congrès français de chirurgie, 1897. Séance du 23 octobre.

Berry Hart. — A contribution to the morphology of the human urogénital tract. In : Journ. of anat. and Physiol. 1901. p. 330.

Beuttner (O). — Contribution à l'étude de l'anat. pathol. de l'atrésie congénitale de l'hymen. In : Berträge zur Geb. und Gyn., T. VI, n° 3, p. 381.

Beyran. — Gazette des Hôpitaux 1862, p. 426.

Blair-Bell. — Nouvelles recherches sur la composition chimique du liquide menstruel et des sécrétions vaginales d'après l'analyse des liquides d'hématocolpos. Description clinique de l'hématocolpos et description anat. de la membrane obturatrice. Journ. of obst. an gyn. of the British Empire 1912, T. XXI, n° 4.

Boens. — Archives de Tocologie, 1878.

Boissard et Coudert. — Soc. d'obst. de Paris. Séance du 21 février 1901, T. III, p. 71-74.

Boivin et Dugès. — Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris 1833, in-8, T. I. p. 270 (Delaunay).

Borelli. — Archives italiennes de Gynécologie, 1906.

Bouchacourt. — Bull. thérapeutique, 1838. T. XIV, p. 285.

Bouchet. — Gazette médicale de Lyon, 1858, p. 373.

Bourdel. — Mem. de Méd. chirurg. et accouch., Montpellier 1859, p. 137, (Delaunay).

Bourdon. — Archives de Gynécologie, 1874.

Boursier. — Précis de Gynécologie, 1918, p. 1113.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, 1825, T. X.

Braun. — Centralbl. für Gynaekologie, 1886, p. 135.

Breibsky. — Handbruch der Fraüenkrankheiten, redig. von Billroth und Luecke. Lief 60, p. 53.

Broca. — Rétention menstruelle par cloisonnement du vagin. In : Bulletin médical, 13 janvier 1900.

Budin. — Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Progrès médical, 1879.

Nouvelles recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Obst. et Gynéc. 1886, p. 331.

Budin. — Archives de Tocologie, février 1886.

Leçons de clinique obstétricale, 1889, p. 163.

Bué. — Dystocie par brides et cloisonnement du vagin d'origine congénitale. In : Ann. de la Soc. d'obst. de France, 1901-02, p. 41.

Burns. — Traité des accouch., Paris, 1839, p. 40 (Delaunay).

Burgess. — In : Giles, Sterility of women. 1919, p. 62.

Burton. — Traité des accouchements. Traduct. Lemoine, 1771 à 1775, T. II, p. 370 (Delaunay).

Cabaret. — Journ. de la Soc. de méd. pratique de Montpellier, décembre 1884, p. 119.

Cabrol. — Alphabet anatomique, 1624

Cadiat. — Développement de l'utérus et du vagin. Journ. de l'anat., 1884.

Calbat. — Des malformations accidentelles ou acquises du vagin au point de vue obstét. Thèse de Nancy, 1899.

Capuron. — Traité des maladies des femmes. Paris, 1817, (Delaunay).

Cartault (*Madeleine*). — La grossesse et l'accouchement dans le cloisonnement incomplet, transversal du vagin, d'origine congénitale. Thèse de Toulouse, 1910-11.

Carteaux. — Journ. de méd. et de chir. prat., 1830, p. 154.

Carter (*Christophe*). — Gaz. méd. de Paris, 1837, p. 325.

Cazeaux. — Traité des accouchements, 1870.

Celse. — De re medica. Lib. VII, Cap. 28.

Artis medicae principes. Edit. Haller, Lausanne, 1772, T. VIII.

Chambon. — Maladies des femmes. 2e édit., T. I, p. 292 et 320, T. II, p. 13.

Chadivik. — Rev. des Sciences méd., T. XXIX, p. 171.

Charpentier. — Traité pratique des accouch., 1883, T. II.

Guy de Chauliac. — La grande chirurgie. Trad. Muigelousault. Bordeaux 1672, tr. V.

Chelius. — Traité de chir. Trad. Pigué, Paris 1835, T. II.

Chiarleoni. — Deux cas d'atrésie vaginale. In : Archivio italiano di ginecologia, Anno II, n° 2, p. 170.

Choteau. — Des cloisonnements du vagin d'origine congénitale. Thèse de Lille, 1894.

Churchill. — Traité des maladies des femmes, 1874.

Coleman. — Amer. Journ. of obstét., 1877, p. 459.

Collinet. — Cloisonnement cong. du vagin, rétention menstruelle. Opération. Mort. In : Bull. méd. 30 avril 1902.

Collon. — Contrib. à l'étude de la dystocie vaginale par malformation congénitale. Thèse de Nancy, 1919.

Colombat. — Traité des maladies des femmes. Paris 1839, 1843, T. I, p. 175, (Delaunay).

Cooper (S). — Dictionnaire de chirurgie pratique. Paris, 1826, p. 590.

Coste. — Ann. fr. et étrang. d'anat. et de physiol., p. 34 et 38, T. III, p. 326.

Courty. — Traité des maladies des femmes, 1872.

Cruveilhier. — Anat. pathol., 1849, T. I, p. 295.

Cullingworth. — Two cases of transverse septum in the vagina. The Lancet 1889, T. I, p. 726.

Dalechamp. — Chirurg. franç. Lyon 1570, in-8°, p. 430.

Danyau. — Arch. génér. de médecine, 3e série, 1841, T. X. p. 64.

Davizac. — Case of occlusion of the vagina in a pregnant woman. New Orléans, M, and S I, 1844, p. 5.

Debierre. — Des vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme, 1892.

Debrand. — Rétrécissement du conduit vulvo-vaginal. Paris 1884.

Decès. — Bull. de la Soc. Anatom., 1854, p. 222.

Delaunay. — Le cloisonn. transv. du vagin, complet et incomplet d'origine cong. Thèse de Paris, 1877.

Delisle. — Cité par Labadie-Delalande. Thèse de Paris 1856, p. 11.

Delpech. — Précis des maladies chirurg. Paris, 1816, T. I, p. 383 (Delaunay).

Demarquay. — Bull. de la Soc. Anat., 1845, p. 100.

Depaul. — Leçons de clinique obst., 1874, p. 113.

Derocques et Dheilly. — Cloisonnement transversal incomplet du vagin d'origine congénitale. Rev. méd. de Normandie, 25 déc. 1901.

Desormeaux. — Gaz. des Hôpitaux, 1857, p. 170.

Deville. — Bull. de la Soc. Anat., 1846, p. 13.

Diet. — Cong. d'Obst. et de Gyn., 3e session, Nantes, sept. 1901.

Dionis. — Traité génér. des accouch. Liège 1721.

Cours des opér. de Chirurgie. Paris 1751, 4e édit.

Doberty. — Dubl. Journ. T. XXI, p. 65.

Dohrn. — Ueber die Müllerschen Gaenge und die Entwickelung des Uterus. Marb. Gesellschaft, 1867, Bd. XXX.

Ueber die Entwickelung des Hymen. Schriften der Gesellschaft zur Beförderung des gesammten Naturwissenschaften zu Marburg Bd X, Supplemenheft. Cassel 1875.

Archiv. für Gynaekologie. Bd X, S 544.

Zeitschrift für Geburt hülfe und Gynaekologie, 1885. Bd. XI, Heft, S. I.

Doleris. — Archives de Tocologie 1886, n° 2, p. 135.

Dubois. — Cité par Roze. Thèse de Strasbourg 1865.

Duplay et Reclus. — Traité de chir., 1899, T. VIII, p. 68.

Dumitrescu. — Thèse de Paris, 1896.

Dumontpallier et Lever. — In : P. Müller (loc. cit.)

Duncan. — Obst. transac. London, Vol. XXIV.

Fabrice d'Aquapendente. — Œuvres chir. Trad. Ravard, Lyon 1658, 2e volume.

Fabrice de Hilden. — Observ. de chir. Genève 1679, Cent. III, Obs. LX.

Faure et Siredey. — Traité de Gynéc. méd. et opér., 1912.

Ferroni. — Note embryologiche et anatomiche sull utero fœtale. In : Ann. di ostetricia e ginecologia, 1902.

Fieux et Allain. — Cloisonnement transvers. du vagin. Soc. d'obst. gyn. et ped. de Bordeaux, 9 juillet 1901 et Journ. de méd. de Bordeaux, 14 juillet 1901.

Follain et Duplay. — Traité de Pathol. externe, 1888, T. VII, p. 570.

Forgue et Massabuau. — Gynécologie 1916, p. 842. In : Nouveau traité de chirurg. Le Dentu et Delbet.

Forster. — Manuel d'anat. pathol. Traduc. Kaula, 1853, p. 458 (Delaunay).

Franck. — Traité de méd. pratique. Paris 1842. T. II. p. 258 (Delaunay).

Frankel. — Dissert. de organor. gen. Deformat. Berlin 1825.

Fredeau. — Journ. gén. de médecine. 1812 et 1814.

Fristo. — Gaz. des Hôpitaux, 1861, n° 96.

Frouin. — Concours médical, 30 avril 1887.

Furst (L.). — Ueber die Bildungshemmungen des utero-vaginalcanals. In : Monatschr. für Gebürtsk. 1867, Bd XXX.

Gaubric. — Bull. de la Soc. anat. 1801, p. 234.

Gaulard. — In . Choteau. Thèse de Lille, p. 30.

I. Geoffroy Saint-Hilaire. — Histoire génér. et partic. des anomalies de l'organisation. etc., 1832, T. I.

Gervis. — Transac. of the obst. Soc. of London, 1883, T. XXIV, p. 210.

Arthur Giles. — Sterility of women. Oxford medical publications, London 1919.

Gilis. — Manuel d'embryologie.

Gilson. — L'encéphale, 1885, p. 41.

Goullioud. — Traitement des malform. utérines justiciables de la laparatomie, etc. Thèse de Lyon, 1911-12.

Gonnet. — Bull. d'obst. de Paris, 1908

Gosselin. — Clinique chirurg., 1873, T. II.

Graf. — Archiv. für pathol. anat. und phys. 1860, liv. 5 et 6.

Gross (G.). — Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Thèse de Nancy, 1901.

Gross(F.), Rohmer et Vautrin. — Pathologie externe, 1893, T. III, p. 455.

Gueretin. — Imperforation de l'hymen. Thèse de Paris, 1873.

Guérin (Alph.). — Elem. de chir. opérat., Paris, 1870, p. 680 (Delaunay).

Guillemard. — Contrib. à l'étude de l'atrésie des voies génitales de la femme et en particulier de l'imperforation du col de l'utérus. Thèse de Nancy, 1877.

Guillemeau. — Œuvres de chirurgie, 1649, Rouen, p. 440.

Guillon. — Une cloison transversale du vagin. Journ. d'accouchements de Liège, 1885, T. XVI, p. 345.

Guyonnet-Sénac. — De l'hymen. Thèse de Paris 1811.

Habit. — Wochenbl. der K. K. der Aertze zü Wien, oct. 1857, (Puech).

Hall. — Septation de female reproductive organs. Australas M. Gaz. Sydney 1912.

Halfer. — Biblioth. chirurg. 1747 à 1756, T. II, p. 115 (Delaunay).

Heister. — Institutiones chir., trad. Paul (d'Avignon) 1770, T. IV.

Hemmer. — Neue Zeitschrift für Gebürtskunde. Bd IV, p. 3.

Hertwig. — Traité d'embryol., trad. française 1891.

Heully et A. Guillemin. — Deux observ. de malformations congénitales : 1° Cloisonnement du vagin. — 2° Utérus didelphe vrai avec absence incomplète du vagin. (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy, 3 mars 1920. — Bull. de de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1920, n°4).

Heyder. — Archiv. für Gynaekologie, 1889 et 1890.

Heywood-Smith. — A case of delivery through an imperforate vagina. In : Transac. obst. Soc. London, 1881-82, T. XXIII, p. 117.

Hildebrandt. — Archiv. für Gynaekologie, 1872.

Hippocrate. — Œuvres complètes. Traduc. Littré, Paris 1861, T. VIII.

Hoffmann (G.-V.) — Zeitschrift für geb. und Gyn., 1878. T. II, p. 4.

Holste. — Vagina septa bei enfachem uterus. In : Zentralbl. für Gyn. 1913.

Hucher. — De sterilitate utriusque sexus. Aureliae Allobrogum, 1809.

Huchon. — Contrib. à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse. Thèse de Paris, 1901.

Huguier. — Gazette des Hôpitaux, 1861, p. 31.

Imbert. — Développement de l'utérus et du vagin. Thèse de Paris, 1883.

Jacobs. — Archives de Tocologie, 1887.

Jamain. — Manuel de path. et clin. chirurg., 1870, T. II, p. 994 (Delaunay).

Jarjavay. — In Delaunay. Thèse de Paris, 1877, p. 26,

Jayle. — La Gynécologie, 1918, p. 493.

Joulin. — Traité d'accouchements.

Keda. — Centralbl. für Gynaekologie, 1882, p. 144.

Keibel. — Zur Entwickelung des Uterovaginalsystems beim Menschen. In . Archiv. für Anat. und Physio, 1896-97.

Kendirdjy. — Article : Vices de conformation du vagin. In : Pratique médico-chirurgicale.

Kempe. — Over het Genitaalstreng epitheel van de witte rat en over de morphologische Beteckenis van het Hymen. Leiden, 1903.

Kermauner. — Zur Aetiologie der Gynatresien. Beitr. zür Geb. und Gyn., 1913.

Kinderlen. — Archiv. für Gynaekologie, Bd II, p. 12.

Kiwish. — Cité par Scanzoni (Loc. cit.) p. 420.

Kisch E.-H. — Die Sterilität des Weibes. 2 nd, Ad. Vienna 1895, p. 189.

Kleinwächter. — Les sténoses partielles congénitales du vagin. In : Prager Med. Wochenschrift 26 nov. 1890.

Kölliker. — Entwickelungsgeschichte des Menschen, 1861.
Traité d'Embryologie, 1882.

Krimer. — Hüfeland's Journal. Sept. 1834 et Meissner's Frauenzimmer Krankheiten, 1842, Bd I, p. 327.

Küssmaül. — Von dem Mangel. der Verkümmerung und der Verdopelung der Gebaermutter. Wurzbürg, 1859.

Labadie-Delalande. — Occlusion du conduit vulvo-utérin. Thèse de Paris 1856.

Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Mme Lachapelle. — Pratique des accouchements. T. III. art. III.

Langenbacher. — Beitrag zür Kentniss der Wolffschen und Müllerschen Gänge der Saengern. In : Archiv. für mikr. Anat. 1881.

Langsdorff. — Centralbl. für Gynaekologie, 1902, p. 980.

Lanfranc. — Chirurgia magna. Doct. 3. fr. 3. cap. 9.

Laroyenne. — Lyon médical, 1832, 29 janvier.

Lawson-Tait. Traité clinique des maladies des femmes. Trad. Bétrix. Steinheil, édit., 1891, p. 143.

Le Cointe. — Contrib. à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale. Thèse de Paris, 1908.

Ledru. — De l'hymen. Thèse de Paris, 1855.

Le Fort (L.). — Des vices de conform. de l'utér. et du vagin. Thèse agrég. 1863.

Legros. — In thèse de Ledru. Thèse de Paris, 1855.

Lepage. — Un cas de diaphragme vaginal chez une femme près du terme. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1909, p. 160.

Le Roy de Langevinière. — Annales médicales du Calvados 1876, n° 1, p. 4.

Leuckart. — Illustr. med. Zeitschrift 1852, p. 11.

Lisfranc. — Maladies de l'utérus. etc., Paris, 1837.
Arch. de Méd. 1827, T. XV, p. 470.

Locatelli. — Gaz. méd. de Paris, 1848, p. 106.

Loder. — Obs. imperf. vag. icone illust., Ienae, 1800 (Puech).

Lombe Atthil. — Brit. med. Journ., 1882, p. 341.

Louis. — De part. ext. gener. inserv. in Mulieribus natur. otiosa et morbosa dispositione. Paris, 1754 (Delaunay).

Lyon. — Essai sur les rétréciss. du vagin, congénitaux et et acquis. Thèse de Paris 1887.

Magde. — Transact. of the obstr. Soc., London, T. XI, p. 23.

Magendie-Husté. - Cloisonnement transv. du vagin au point de vue obst. Thèse de Paris. 1894.

Maisonneuve. — Gaz. des Hôp., 1849. p. 389.

Manget. — Bibl. chirurg., Genève 1721. Art. Imperforati. (Puech).

Manolescu. — Malf. utéro-vaginales. Thèse de Paris, 1897.

L. Maquart. — Contrib. à l'étude des rétrécissements du vagin. Thèse de Paris 1919-20.

Mauriceau. — Traité des femmes grosses. 7e édit., Paris, 1740. T. I.

Mayer. — Beiträge zur Anat. des Elephantus. Nova Acta. Acad. nat. curios. T. XXII. Pars. II.

Medical Times and Gaz., 2 déc. 1868.

Mende. — (L.J.C.). — Commentatio anatomico-physiologica de hymene s. valvula vaginali. Goettingae 1827.

Mad Merlose. — Bifidité et cloisons du vagin, Gaz. obst. 20 oct. 1877.

G. Von Mihalkovics. — Entwickelung des Harn und Geschlechtsapparates des Amnioten (in : Internationale Monatschrift für Anat. und Histologie, 1885. p. 103).

Milne Edwards. — Leçons sur la physiolog., et l'anatomie comparée. T. 9.

Morgagni. — De sedibus et causis morborum. Venetiis 1761.

Muller J. - Bildungsgesichte des Genitalien. Dusseldorff, 1830.

Muller P. — Zeitschrift für Geb. und Gyn., T. III, p. 164. Die Krankheiten des weib. Korpers. in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtfunctionen, etc. Stuttgart 1888.

Murphy. — Meissner's Fraüenzimmer krankheiten, 1842, Bd I, p. 353.

Nagel. — Harn. und Geschlechtsorgane. Bardeleben's Randbuch. Iéna 1896.

Nélaton. — Eléments de pathol. chirurg. 1859, T. V, p. 807. Gaz. des Hôpitaux, 1856, p. 351.

Osiander. — Denkwürdegkeiten, etc., 1795, Bd II.

Osmont. — Année méd. de Caen, 15 nov. 1893.

Archives de Gynécologie, 1894.

Oui. — Réunion obst. et Gyn. de Lille. Séance du 26 fév. 1913.

Comptes-rendus de la Soc. d'obst. et Gyn. de Paris.

Paquet. — Cloisonn. vaginal. Réunion obst. et Gyn. de Lille 18 déc. 1912 et Bull. de la Soc. d'obst. et Gyn. de Paris, mars 1913, p. 196.

Paré (A). — Œuvres. Edit. Malgaigne. De la génération, ch. XLIX. L, LI.

Paul (d'Egine). — De re Medica. Trad. Brian, Paris 1855, p. 295.

Peauregard et Boulard. — Journ. de l'Anat. et de la Physiologie. 1882, T. XVIII. p. 187.

Petit. — Anatomie gynéc. 1901, p. 123.

Petit L. H. — Art. vagin. Dictionnaire Dechambre.

Petit Lardier. — Malform. cong. du vagin. Thèse de Paris 1907.

Piachaud. — Gaz. des Hôpit. 1857, p. 464.

Picot. — Malform. de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris 1891.

Picqué. — Encyclop. internationale de Chirurgie, T. VII.

Plater. — Felicis Plateri observationum. Lib. Basilae 1614, Lib. I.

Pline. — Hist. nat, Lib. 7, Cap. XV. Trad. Gueroult. Paris, 1845.

Pouliot. — Bull. de la Soc. d'obst. de Paris 1909.

Pozzi. — Traité de Gynéc. 1907, T. II.

Puech. — Atrésies des voies génitales de la femme 1864.

Imperforation de l'hymen. In . Ann. de Gyn. 1874, T. II, p. 202.

Puech. — Vices de conformation du vagin.

Ann. de Gynécologie 1875, p. 276.

Rambaud. — Anomalies des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris 1899.

Rauchin. — De morbis virginum, Lyon 1629, p. 373 (Delaunay).

Rathke. — Abhandlungen zur Bildungs und Entwicklungsgeschichte der Menschen und Thieren, 1832.

Raulin. — Vagin à cloisonn. transvers. In : Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Bordeaux, 1901.

Retterer. — Sur l'origine du vagin de la femme. Soc. de Biologie 2 mai 1891, p. 291-293.

Du rôle de l'épithélium dans le développement des organes génitaux-urinaires externes. Soc. de Biologie, 24 juin 1905, p. 1041.

Du développement et de la structure des raphés des organes génitaux-urinaires. Soc. de Biologie, 1er juillet 1905.

Développement de l'urètre, du vagin et de l'hymen. Rev. de Gyn. et de chirurg. abdom. 1907, p. 397.

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obst. 1897.

Richter. — Missbildungen un gynatrésien und ihre Folgan. In : Zeitschrift für Gyn., 1910, n° 10.

Rieffel. — In : Traité d'anat. humaine (Poirier et Charpy) 1901.

Rivalta. — Contrib. à l'étude des malform. congénitales de de l'hymen et du vagin. Thèse de Paris. 1898.

Rizzoli (F.). — Vaginotomia per vagina cong. bipart parzialmente tanto in direzione longitudinale che transv. Bologna. Tipi Gamberini e Parmeggiani.

Robin (J.-P.). — Des causes de dystocie provenant du conduit vulvo-utérin. Thèse de Paris 1845.

Rochat. — Brides vulvo-vaginales congénit. Thèse de Toulouse, 1918-19.

Rossignol. — Gaz. des Hôpitaux, 1856, p. 142.

Roth. — Monatschriften für Geburtskunde, 1862, T. XIX, p. 150.

Rothenberg. — Missbildungen nes weibliches Genitalschauches. Dissert. inaug. Kœnigsberg, 1887.

Routh. — Cité par Delaunay (loc. cit.), p. 99.

Roze. — De l'hymen. Thèse de Strasbourg, 1865.

Ruysch. — Observ. anat., T. I et II. Traduc. de Palfin. Edit. Boudon, Paris 1874.

Sabathier. — Méd. opér. Paris 1796, T. I, p. 442 (Delaunay).

Sabathier (*M.*). — Thèse de Paris 1818.

Sacchetti. — Gaz. méd. italiana, 1856, n° 10 (Puech).

Sänger. — Centralbl. für Gynaek. 1889, p. 440.

Scanzoni. — Traité des maladies des organes sexuels de la femme, 1858, p. 415.

Schaeffer. — Archiv. für Gynaekologie, 1890, T. XXXVII.

Schatz. — Archiv. für Gynaek. Bd I, p. 21.

Schenck. — Observationum medicarum, rararum, novarum admirabilium et monstrosarum volumen 1609.

Observationes medicae rariores. Lugduni, 1643, Lib. I V.

Schroeder. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. sur la 6e édit. par Humbert 1886.

Schuh. — Vien. Wohnbl. 31, 1857.

Sedillot. — Traité de Médecine opérat. Paris, 1866, p. 471.

Serres (*L. de*). — De la stérilité des femmes. Lyon, 1625 (Heister).

Serrière. — De l'imperf. de l'hymen. Thèse de Paris, 1865.

Sevestre. — Contrib. à l'étude des brides vulvaires cong. Thèse de Toulouse 1912-13.

De Sinéty. — Manuel prat. de Gynéc. et des maladies des femmes, T. I.

Soller (*I.*). — De l'existence d'une valvule insérée sur la paroi postéro-supérieure du vagin. Lyon médical 1882, T. 39, p. 151. T. 40, p. 88.

Sutton. — British gynecological Journ., vol. II, p. 517.

Tarnier et Budin. — Accouchements, 1898. T. III, p. 391.

Isaac Taylor. — Atresia of the vagina. congenital or accidental, in the pregnant female. In. Transac. Amer. Gyn. Soc. 1879, iv. 404.

Testut. — Traité d'anatomie humaine, 1909, T. IV.

Textor. — Gazette méd. de Paris, 1847, p. 850.

Thiersch. — Illustr. méd. Zeitschrift, 1852, p. 93.

Thomä. — Zür Aetiologie der gynatresien. Monatschr. für geb und Gyn. 1913.

Tillaux. — Traité de chir. clinique, 1900, p. 615.

Tourneux. — Précis d'embryol. humaine, 1909.

Tourneux et Legay. — Dével. de l'utérus et du vagin. In : Journ. de l'anat. et de la physiol. de Ch. Rodin, 1884, p. 330.

Tourneux et Wertheimer. — Sur la fusion de conduits de Müller chez l'homme et sur le développement du vagin. In : C. R. de la Soc. de Biol., 1884, p. 150.

Trelat et Chantreuil. — Gazette médic. de Paris, 1866.

Bull. de la Soc. anat., 1866.

Upshur. — Gazette méd. de Paris, 1854, p. 37.

Valentin. — Médico-légales Pandectes, pars I, sect. I, casus XIV, p. 14 (Puech).

Vallois. — Ann. de la Soc. Obs. de France, 1901-02, p. 36.

Varandé. — De morbis et affectibus mulierum. ed. opera Petri Myssoei. Lugduni 1619, Lib. I, cap. XI.

De Varigny. — Art. vagin. Dictionn. encyclop.

Velpeau. — Traité de méd. opér. 2e édit. Paris 1839, T. IV, p. 352.

Venot. — Archives de tocologie, 1874, p. 181.

Verchère. — Annales de Tocologie, juin 1895.

Du cloisonnement transv. et cong. du vagin, In : Rev. de clinique et de thérapeutique 1894.

Vernois. — Schmidt's Jahrbücher, 1835, VIII.

Viannay. — Phimosis du col utérin par cloisonnement transvers. incomplet de l'extrém. sup. du vagin. In : Rev. de Gyn. et de chir. abdomin. 1903, p. 17.

A. *Vidal (de Cassis).* — Traité de pathol. externe et de médecine opératoire, 1861, T. V, p. 317.

Villar. — Malform. du vagin et de l'utérus, etc. Soc. d'obs. et ped. de Bordeaux. Séance du 25 mars 1902. Journ. de méd. de Bordeaux, 30 mars 1902.

Villette. — De l'atrétisme. Thèse de Paris 1824.

Wallich. — Eléments d'obst. Paris, 1908.

Walther. — Vagin fermé et par l'hymen et par une membrane anormale. Nouv. mém. de l'Académie de Berlin, 1774 (Puech).

Ward. — A case in wich conception followed very imperfect connection. In : Amer. journ. of obst., New-York, 1879, XII, 306.

Watson. — Homology of the sexual organs. In : Journ. of anat. and Physio. 1879, p. 73.

West. — Leçons sur les maladies des femmes. Trad. Mauriac, 1870, p. 26.

Wier. — Opera omnia. Amstelodami, 1660.

Willis. — Cité par Villette. Thèse de Paris, 1854.

Winckel. — Lehrb. der Fraüenkrankheiten. Leipzig 1886, p. 119.

Yates. — The Lancet, 11 juin 1870.

Ygonin. — Gaz. méd. de Paris, 1809, p. 547.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobes et méprisé de mes Confrères si j'y manque!

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	9
DÉFINITION	12
HISTORIQUE	15
EMBRYOLOGIE	23
PATHOGÉNIE	32
ÉTUDE ANATOMIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE.	44
ETUDE CLINIQUE	84
DIAGNOSTIC	125
PRONOSTIC	134
EVOLUTION. — COMPLICATIONS	138
TRAITEMENT	160
SUITES OPÉRATOIRES. — PRONOSTIC POST-OPÉRATOIRE	185
CONCLUSIONS	194